

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
PSICOLOGIA CLÍNICA

# Saúde Sexual e Envelhecimento: O papel dos fatores psicológicos e crenças sexuais

Catarina Inês Costa França Ramos

**M**

2018



**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação**

**SAÚDE SEXUAL E ENVELHECIMENTO: O PAPEL DOS FATORES  
PSICOLÓGICOS E CRENÇAS SEXUAIS**

Catarina Inês Costa França Ramos

Outubro, 2018

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Doutor *Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre* (FPCEUP) e co orientada pela Doutora *Constança Paúl*.

## **Avisos legais**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## **Agradecimentos**

Chegando ao fim destes seis anos, com o culminar da dissertação de mestrado e apesar de este ser um processo individual, não poderia deixar de agradecer às pessoas que tornaram possível que ele acontecesse. Foi sem dúvida uma trajetória com alguns percalços e desafios pelo caminho, mas também permeada de inúmeras alegrias.

Este é o momento de agradecer a todos aqueles, que de forma direta ou indireta me auxiliaram ao longo deste percurso e nele deixaram a sua marca, tornando esta etapa a mais importante da minha vida até hoje.

Ao Professor Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre, orientador da dissertação, agradeço o apoio, a paciência, a partilha e todas as contribuições para o trabalho. Por me ter apoiado e estar sempre pronto a receber-me, apesar de todas as diversidades.

À Doutora Constança Paúl, pela disponibilidade, transmissão de conhecimento e conselhos.

A toda a equipa do Sex Lab, que sempre se mostrou disponível para me ajudar, pelos conhecimentos e sabedoria que me transmitiram, obrigada.

Muito obrigada a todas as instituições que me abriram as portas pois sem esses contributos, esta investigação não teria sido possível. Estarei eternamente grata.

A todas as pessoas que prescindiram do seu tempo para preencher o questionário e aos responsáveis organizacionais que autorizaram a realização do estudo permitindo que ele se concretizasse, muito obrigado.

Sou muito grata aos meus familiares mais próximos: pais, avós e irmã. Sem eles este percurso nunca teria começado, e sem a força deles, nunca teria também terminado! Obrigada por serem os melhores pais do mundo, fazerem tudo por mim e me permitirem caminhar com a certeza de que estarão sempre do meu lado, dando-me asas para voar!

Em especial, quero agradecer à minha irmã Ana, que é sem dúvida uma das minhas grandes motivadoras e me encoraja e apoia em tudo na minha vida e por isso este

momento não foi exceção. Obrigada por cada palavra e por acreditares sempre em mim! Um muito obrigado à minha melhor amiga e irmã!

Obrigada ao meu namorado, que sempre me apoiou ao longo do meu percurso, esteve sempre lá quando precisei, me incentivou e motivou para que realizasse esta dissertação e torceu pelo meu sucesso, obrigada por toda a paciência, carinho e compreensão! Obrigada por caminhares ao meu lado.

Não podia deixar de referir, as pessoas que mais marcaram o meu percurso e vivenciaram comigo cada momento ao longo destes anos sendo o melhor que a faculdade me trouxe: A Sara, Eduarda, Cláudia e Márcia. Um obrigado muito sincero a estas amigas incríveis que tornaram os meus dias melhores e por todas as aprendizagens que tivemos juntas.

Obrigada em especial a uma das que se tornou minha melhor amiga, Sara, por nunca me deixar sozinha, por me teres deixado entrar na tua vida e nunca me deixares desistir, desde aquele dia em que nos conhecemos, não fazia ideia no que te irias tornar para mim hoje! Por isso, muito obrigada por todos os momentos que me proporcionaste dentro e fora da faculdade! Muito obrigada, Sara!

À Eva, um agradecimento do fundo do coração pois sem ela nada disto teria sido possível.

O meu sincero agradecimento a todos que contribuíram para que esta dissertação se realizasse e me permitiram crescer intelectual e emocionalmente.

## **Resumo**

O envelhecimento bem-sucedido e a sexualidade dos mais velhos tem sido alvo de estudo e tem havido uma procura de novas perspectivas para a sua compreensão. Apesar das evidências científicas existentes sobre a relação entre fatores psicossociais e o funcionamento e satisfação sexual, a pesquisa sobre esta temática não se tem debruçado especificamente na população envelhecida.

Neste contexto, o presente estudo pretendeu examinar como é que a população idosa atual vivencia a sua sexualidade, assim como estudar o papel das crenças sexuais no funcionamento sexual, na satisfação sexual e na satisfação com a vida em pessoas com mais de 55 anos. Foi ainda investigado o poder preditivo do funcionamento sexual e da satisfação sexual na satisfação com a vida nesta população, testando o papel mediador da segunda variável. De modo a concretizar os objetivos foi recolhida uma amostra de um total de 109 homens e 110 mulheres portuguesas, com idades compreendidas entre os 55 e os 87 anos, que responderam a um questionário que avaliava as dimensões supramencionadas.

De um modo geral, os resultados indicaram que, nos mais velhos, as crenças sexuais disfuncionais são mais prevalentes em homens e mulheres com problemas sexuais, sendo ainda preditores significativos do funcionamento sexual, da satisfação sexual e da própria satisfação com a vida. Para além disso, o funcionamento e a satisfação sexual mostraram-se preditores significativos da satisfação com a vida em homens e mulheres.

Os resultados obtidos evidenciam a importância do papel das crenças sexuais no funcionamento sexual, na satisfação sexual e na satisfação com a vida, em homens e mulheres mais velhos. Apesar das limitações inerentes a um estudo desta natureza, espera-se que estes resultados possam ter implicações no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e satisfação sexual no contexto mais amplo da satisfação com a vida em pessoas em idades mais avançadas.

**Palavras-chave:** Crenças Sexuais, Funcionamento Sexual, Idoso, Envelhecimento, Satisfação Sexual, Satisfação com a Vida

## **Abstract**

Successful aging and the sexuality of the elders have been studied and there has been a search for new perspectives for their understanding. Despite scientific evidence on the relationship between psychosocial factors and sexual functioning and satisfaction, research on this topic has not been specifically addressed in the aging population.

In this context, the present study aimed to examine how the current elderly population experiences their sexuality, as well as to study the role of sexual beliefs in predicting sexual functioning, sexual satisfaction and life satisfaction in people over 55 years of age. We also investigated the ability of sexual functioning and sexual satisfaction to predict satisfaction with life in this population, testing the mediating role of the second variable. In order to achieve these objectives, a sample of 109 men and 110 Portuguese women, aged 55-87 years, who answered a questionnaire assessing the aforementioned dimensions, was recruited.

Overall, the results indicated that dysfunctional sexual beliefs in older individuals are more prevalent in men and women with sexual problems, and are significant predictors of sexual functioning, sexual satisfaction, and satisfaction with life. In addition, sexual functioning and sexual satisfaction were significant predictors of life satisfaction in men and women.

The results obtained showed the importance of the role of sexual beliefs in sexual functioning, sexual satisfaction and satisfaction with life in older men and women. Despite the inherent limitations of such a cross-sectional study, these results are expected to have implications for the development of strategies aimed at promoting sexual health and sexual satisfaction in the broader context of life satisfaction in older people.

**Keywords:** Sexual Beliefs, Sexual Functioning, Elderly, Aging, Sexual Satisfaction, Satisfaction with Life

## Résumé

Le vieillissement et la sexualité des aînés ont été étudiés et de nouvelles perspectives de compréhension ont été recherchées. Malgré les preuves scientifiques sur la relation entre les facteurs psychosociaux et le fonctionnement et la satisfaction sexuels, la recherche sur ce sujet n'a pas été spécifiquement abordée dans la population vieillissante.

Dans ce contexte, la présente étude visait à examiner comment la population âgée actuelle vit sa sexualité, ainsi que le rôle des croyances sexuelles dans le fonctionnement sexuel, la satisfaction sexuelle et la satisfaction de la vie chez les personnes de plus de 55 ans. Nous avons également étudié le pouvoir prédictif du fonctionnement sexuel et de la satisfaction sexuelle dans la satisfaction de la vie dans cette population, en testant le rôle médiateur de la deuxième variable. Afin d'atteindre les objectifs, un échantillon de 109 hommes et 110 femmes portugaises âgés de 55 à 87 ans, ayant répondu à un questionnaire évaluant les dimensions susmentionnées, a été collecté.

Dans l'ensemble, les résultats ont indiqué que les croyances sexuelles dysfonctionnelles chez les hommes âgés sont plus répandues chez les hommes et les femmes présentant des problèmes sexuels et sont des prédicteurs significatifs du fonctionnement sexuel, de la satisfaction sexuelle et de la satisfaction personnelle face à la vie. De plus, le fonctionnement et la satisfaction sexuels étaient des prédicteurs significatifs de la satisfaction à l'égard de la vie chez les hommes et les femmes.

Les résultats obtenus ont mis en évidence l'importance du rôle des croyances sexuelles dans le fonctionnement sexuel, la satisfaction sexuelle et la satisfaction à l'égard de la vie chez les hommes et les femmes plus âgés. Malgré les limites inhérentes à une telle étude, ces résultats devraient avoir des conséquences sur l'élaboration de stratégies de promotion et de satisfaction en matière de santé sexuelle dans le contexte plus large de la satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes âgées.

Mots-clés: Croyances Sexuelles, Fonctionnement Sexuel, Personnes Âgées, Vieillesse, Satisfaction Sexuelle, Satisfaction à l'égard de la Vie



## Índice Geral

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
1. Envelhecimento .....	1
2. Sexualidade .....	3
3. Sexualidade no processo de envelhecimento .....	4
4. Disfunções sexuais.....	6
5. Crenças e atitudes sexuais.....	7
6. Funcionamento sexual, satisfação sexual e satisfação com a vida .....	10
7. Objetivos e hipóteses .....	11
<b>Estudo Empírico .....</b>	<b>13</b>
1. Método .....	13
1.1. Participantes .....	13
1.2. Materiais.....	14
1.3. Procedimentos de recolha de dados .....	18
1.4. Procedimento de análise de dados.....	19
2. Resultados .....	20
2.1. Atividades sexuais.....	20
2.2. Fatores Religiosos e de Saúde.....	21
2.3. Problemas Sexuais.....	22
2.4. Crenças sexuais disfuncionais e problemas sexuais.....	23
2.5. Relação entre crenças sexuais disfuncionais funcionamento sexual, satisfação sexual e satisfação com a vida.....	24
2.6. Crenças sexuais disfuncionais como preditores do funcionamento sexual.....	26
2.7. Crenças sexuais disfuncionais como preditores da satisfação sexual .....	26
2.8. Crenças sexuais disfuncionais como preditores da satisfação com a vida.....	27
2.9. Funcionamento e satisfação sexual como preditores da satisfação com a vida.....	28
3. Discussão .....	31
4. Conclusões .....	37
<b>Bibliografia.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>45</b>

Anexo 1 – Formulário de consentimento informado .....	46
Anexo 2 – Protocolo de avaliação, versão masculina.....	48
Anexo 3- Protocolo de avaliação, versão feminina .....	62

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra .....	13
Tabela 2 - Características relativas à saúde da amostra.....	22
Tabela 3 - Problemas sexuais da amostra masculina.....	22
Tabela 4 - Problemas sexuais da amostra feminina.....	23
Tabela 5 - Crenças sexuais disfuncionais masculinas, em função dos problemas sexuais .....	23
Tabela 6 - Crenças sexuais disfuncionais femininas, em função dos problemas sexuais .....	24
Tabela 7 - Correlações entre as crenças sexuais disfuncionais masculinas e o funcionamento sexual, a satisfação sexual e a satisfação com a vida .....	25
Tabela 8 - Correlações entre as crenças sexuais disfuncionais femininas e o funcionamento sexual, a satisfação sexual e a satisfação com a vida .....	25
Tabela 9 - Crenças sexuais como preditores do funcionamento sexual .....	26
Tabela 10 - Crenças sexuais como preditores da satisfação sexual.....	27
Tabela 11 - Crenças sexuais como preditores da satisfação com a vida .....	28
Tabela 12 - Funcionamento sexual e satisfação sexual como preditores da satisfação com a vida.....	29

## Introdução

A sexualidade é um tema que está presente e é fundamental na vida do ser humano. Desde que nascemos que a nossa sexualidade é ativada e mantém-se presente ao longo de toda a nossa vida.

É de extrema importância compreendermos que esta se estende até ao fim do ciclo vital, mesmo que não da mesma maneira, vai estar presente de outras formas e por isso o interesse em estudá-la e perceber como as pessoas mais velhas a vivenciam, nomeadamente quais os seus hábitos, as suas crenças e fatores psicológicos associados à sexualidade ao longo do processo de envelhecimento.

Grande parte da população mais idosa da atualidade faz parte de uma geração denominada *baby boomers*, que nasceu após a Segunda Guerra Mundial, a partir de 1946. Esta geração surge numa época em que a sexualidade sofre enormes transformações, em que a sexualidade passa a ser vista como uma componente essencial da qualidade de vida e não apenas associada à procriação (com a legalização de métodos contraceptivos, por exemplo) e há uma libertação sexual.

### 1. Envelhecimento

A população mundial tem vindo a envelhecer e Portugal não é uma exceção deste fenómeno. Os progressos médicos e a melhoria das condições de vida desde a Segunda Guerra Mundial são tais, que o número de pessoas com mais de 65 anos aumenta de ano para ano (Dias & Rodrigues, 2012; Fontaine, 2000; Rosa, 2012). Os dados do Censos de 2011 referem que o número de pessoas com 65 ou mais anos em Portugal, que era de 1.693.493 em 2001, subiu para 2.010.064 em 2011, verificando-se um aumento desta população de 18.69% (INE, 2012). Os idosos estão a viver e a permanecer saudáveis por mais tempo, o que é explicado por mudanças culturais no estilo de vida (destacando-se o exercício físico), alterações na dieta, atividades sociais, melhoria dos serviços de saúde e avanços da medicina, fazendo com que o envelhecimento seja um processo mais bem-sucedido (Depp, Vahia, & Jeste, 2010).

O processo de envelhecimento é multifacetado e individualizado, ocorrendo nos domínios biológico, psicológico e social (Dziechciaż & Filip, 2014). O envelhecimento

biológico envolve mudanças no metabolismo e nas propriedades físico-químicas das células, levando a um declínio na capacidade regenerativa das células e a mudanças estruturais e funcionais nos tecidos e órgãos (Tosato, Zamboni, Ferrini, & Cesari, 2007). No que respeita à sexualidade, isso pode envolver, por exemplo, diminuição da vasocongestão escrotal e atraso da ereção nos homens e diminuição da lubrificação e elasticidade nas mulheres (Meston, 1997). Psicologicamente, com o envelhecimento podem surgir dificuldades na adaptação a novas situações e mudanças ao nível cognitivo e intelectual, na percepção e noutros processos de pensamento (Riddle, 2007). Socialmente, o envelhecimento é conceptualizado de forma distinta de acordo com a cultura e época. Cada indivíduo tem papéis definidos na sociedade, alguns dos quais se perdem nos últimos anos de vida, outros alteram-se ou mantêm-se, e ainda surgem alguns papéis novos para os mais velhos (Charles & Carstensen, 2010). Embora seja verdade que alguns indivíduos evitam com sucesso a doença, mantêm níveis elevados de função física e cognitiva, e continuam envolvidos ativamente na sociedade até uma idade avançada, a dinâmica e o processo fisiológico irreversível do envelhecimento criam mudanças na qualidade das experiências ao longo da vida (Dziechciaż & Filip, 2014).

Assim, a questão central da problemática do ser idoso diz respeito à qualidade de vida, neste caso, de quem envelhece. Há vários componentes que podem contribuir para esta qualidade de vida e dependem de pessoa para pessoa. Sendo o envelhecimento um processo biopsicossocial, todos os aspetos, mesmo os mais subjetivos são de ter em conta (Paúl, 1996).

No processo de envelhecimento há a constante busca do bem-estar, visto que este engloba vários componentes e é completamente subjetivo, e aqui a saúde parece ser o fator que mais se impregna como um obstáculo, mesmo no que diz respeito à sexualidade, assim como o stress, causado pelas preocupações que acompanham o avançar da idade (Paúl, 1996).

Inúmeros cientistas procuram perceber quais são os processos que podem transformar a nossa velhice num período mais ou menos feliz. O desafio do século XXI é dar qualidade ao tempo de vida e não apenas acrescentar tempo à vida das pessoas idosas. A psicologia do envelhecimento está cada vez mais em voga e são feitos cada vez mais estudos de investigação. Como tal, é um tema que diz respeito a todos nós e a

sexualidade é uma componente fulcral deste processo de envelhecimento (Fontaine, 2000).

## **2. Sexualidade**

A sexualidade tem vindo a ser definida de múltiplas maneiras ao longo da história. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde, citado por Pontes, 2011) podemos definir sexualidade como “Uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, e por isso influência também a nossa Saúde física e mental.”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que a sexualidade inclui diversos aspetos e incorpora uma variedade de outros fatores considerando os pensamentos, os desejos, as atitudes, as crenças e as práticas de um indivíduo ("Saúde sexual e reprodutiva", 2014). A OMS também aborda a interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e históricos e a sua influência na sexualidade ("Saúde sexual e reprodutiva", 2014). Neste sentido podemos ver que a sexualidade está presente em vários domínios e estende-se ao longo de todo o ciclo vital.

A sexologia é uma ciência que tem as suas raízes no início do século XX (Nobre, 2006) e que se caracteriza pela sua perspectiva multidisciplinar.

Apesar da diversidade de temas, perspectivas disciplinares e paradigmas de investigação na área da sexualidade, ainda é relativamente escasso o estudo da sexualidade na população mais envelhecida (Lochlainn & Kenny, 2013). A maior parte dos estudos anteriores sobre envelhecimento realizados refletem uma perspectiva médica da sexualidade humana, deixando de parte uma perspectiva holística. Assumem que conforme as pessoas envelhecem as mudanças físicas, hormonais ou doenças crónicas eliminam ou reduzem o desejo sexual e o comportamento sexual (Tiefer, 2006). Para contrariar esta perspectiva torna-se necessário adaptar uma perspectiva mais holística, que não esteja apenas centrada no indivíduo e que veja mais para além dele. Aqui falamos do modelo Biopsicossocial, que combina fatores biológicos, psicológicos e do meio ambiente (DeLamater, 2012).

Embora a sexualidade faça parte do ser humano desde o momento da sua concepção até à sua morte, na sociedade atual permanecem ainda muitos mitos culturais e sociais sobre a sexualidade na população mais velha, como a ausência de atividade sexual, seres assexuados, a falta de capacidade física para a prática e a baixa desejabilidade sexual causada pelas mudanças físicas (Lochlainn & Kenny, 2013), o que, por sua vez, também se reflete na escassez de pesquisa sobre a sexualidade nesta população. No entanto, este estereótipo do idoso assexuado não é apoiado pelo próprio idoso, como sugerido pelos resultados de um estudo levado a cabo por Gott e Hinchliff (2003). Os autores recolheram dados relacionados com a importância e o papel do sexo junto de indivíduos com idades compreendidas entre os 52 e os 90 anos e concluíram que o sexo continua a ser visto como uma componente importante na relação emocional na população com idade mais avançada.

A atividade sexual na vida adulta é fortemente associada a benefícios físicos e psicossociais (Hillman, 2012). Uma grande parte dos idosos permanece sexualmente ativa (Cooley, 2002; DeLamater & Sill, 2005), inclusivamente nas sétima e oitava décadas da sua vida (Lindau et al., 2007). Além disso, os padrões de atividade sexual não variam muito com o avanço da idade, pois adultos que relatam ser sexualmente ativos quando mais jovens são provavelmente aqueles que permanecem sexualmente ativos à medida que envelhecem (Lindau & Gavriolova, 2010).

### **3. Sexualidade no processo de envelhecimento**

A par da sexualidade surge o desejo de intimidade que são essenciais e importantes características humanas desde o nascimento até à morte. Geriатras e médicos especialistas concordam que o interesse sexual continuado e a própria atividade sexual podem ser terapêuticos para homens e mulheres mais velhas (Willert & Semans, 2000).

Numerosos estudos identificaram uma diminuição no interesse sexual e atividade em idades mais avançadas (Araujo, Mohr, & McKinlay, 2004; Beutel, Schumacher, Weidner, & McKinlay, 2004; Beutel, Schumacher, Weidner, & Braehler, 2002; Blanker et al., 2001; Dennerstein & Leher, 2004; Hayes & Dennerstein, 2005; Laumann et al., 2005; Lindau et al., 2007; Marsiglio & Donnelly, 1991; Nicolosi et al., 2006).

Esta transição pode ser explicada através de fatores biológicos, psicológicos, doenças, condições mentais que condicionam a prática sexual ou contribuem para a sua diminuição, fazendo com que haja uma ruptura naquilo que era considerado a normalidade (DeLamater & Sill, 2005; Thienhaus, 1988).

Com o aumento da idade, a frequência da atividade sexual é afetada por problemas como a falta de parceiro (por divórcio ou morte do cônjuge), problemas de saúde e falta de privacidade decorrente da institucionalização (DeLamater & Moorman, 2007; Gott & Hinchliff, 2003).

Lindau e colaboradores (2007), ao analisarem uma amostra de indivíduos com idades compreendidas entre os 57 e os 85 anos, verificaram que a prevalência de atividade sexual diminui com o aumento da idade e que entre os participantes sexualmente ativos a frequência da atividade sexual diminui essencialmente a partir dos 75 anos de idade.

Um foco emergente na literatura atual é o desenvolvimento de definições mais amplas de sexualidade na idade mais avançada. Os resultados de vários estudos têm destacado que a atividade sexual nos mais velhos inclui uma vasta gama de comportamentos íntimos e prazerosos, tais como abraços, toques, beijos e conexões emocionais (por exemplo, Metz & McCarthy, 2007; Taylor & Gosney, 2011; Waite & Das, 2010) e o envolvimento em múltiplos comportamentos sexuais são cada vez mais investigados (Corona et al., 2010; Freixas, Luque, & Reina, 2015; Herbenick et al., 2010a; Herbenick et al., 2010b). Enquanto que os estudos que se focam apenas na prevalência das relações sexuais podem encontrar uma taxa elevada na população mais velha a relatar inatividade sexual, outros estudos que empregam as definições mais inclusivas do comportamento sexual demonstram que muitos mantêm pelo menos alguma intimidade sexual até bem tarde (Ginsberg, Pomerantz, & Kramer-Feeley, 2005; Gray & Garcia, 2012; Hinchliff, Gott, & Ingelton, 2010; Kontula & Haavio-Mannila, 2009).

Embora a pesquisa sobre a sexualidade nos mais velhos esteja a evoluir, esta tem-se focado principalmente nos resultados individuais da frequência de atividade sexual, da satisfação sexual, do funcionamento sexual e do desejo sexual (por exemplo, Laumann et al., 2006), negligenciando a relação entre essas variáveis que nesta população podem evidenciar resultados paradoxais. Apesar dos declínios na atividade, funcionamento e interesse sexuais relacionados com o aumento da idade, a satisfação sexual pode permanecer consistente nesta população (Thompson, Charo, Vahia, Depp, Allison, &



Jeste, 2011). Portanto, para explicar a complexidade das experiências sexuais em idades mais avançadas, justifica-se uma abordagem multifacetada.

#### **4. Disfunções sexuais**

As disfunções sexuais formam um grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual, e para serem diagnosticadas como tal o DSM-5 requer que esses transtornos tenham persistido no mínimo durante seis meses, causando um mal-estar significativo (American Psychiatric Association, 2013). A disfunção sexual pode afetar vários estádios no ciclo da resposta sexual, desejo, excitação e orgasmo (Kingsberg, 2002).

Segundo o DSM-5 (2013) as disfunções sexuais podem ser divididas em quatro áreas principais, nomeadamente, o desejo, a excitação, o orgasmo e a dor, sendo esta última aplicável apenas na mulher. Os critérios que permitem classificar esta perturbação incluem alguns indicadores como “ejaculação retardada, disfunção erétil, transtorno do orgasmo feminino, transtorno do interesse/excitação sexual feminino, transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação prematura (precoce), disfunção sexual induzida por substância/medicamento, outra disfunção sexual especificada e disfunção sexual não especificada.

Vários estudos têm sido realizados junto da população mundial com o intuito de recolher informação sobre a prevalência das disfunções sexuais, sendo que as taxas de prevalência obtidas apresentam uma grande variabilidade que pode estar relacionada com as diferenças culturais, assim como com os desenhos de estudo e instrumentos de avaliação utilizados (Atallah et al., 2016). Não obstante esta variabilidade, os estudos realizados apontam para uma elevada prevalência de problemas sexuais junto da população geral (Mitchell et al., 2013; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Richters, Grulich, de Visser, Smith, & Rissel, 2003; Træen & Stigum, 2010; Fugl-Meyer & Sjogren Fugl-Meyer, 1999; Quinta-Gomes & Nobre, 2014; Peixoto & Nobre, 2015; Christensen et al., 2011).

Ainda que a resposta sexual tenha uma base biológica essencial, em geral esta é vivenciada num contexto intrapessoal, interpessoal e cultural. Assim, quando falamos em

função sexual temos de ter em conta que envolve uma interação complexa entre fatores biológicos, socioculturais e psicológicos, privilegiando sempre uma perspetiva biopsicossocial.

Entre os vários fatores que podem estar associados à presença de disfunções sexuais, diversos estudos têm confirmado o aumento da prevalência de determinadas disfunções sexuais com o aumento da idade, tanto em homens como em mulheres (Mitchell et al, 2013; Traeen & Stigum, 2010; Christensen et al, 2011). Também em Portugal a pesquisa realizada conduziu a resultados semelhantes (Quinta-Gomes & Nobre, 2014; Peixoto & Nobre, 2015). Quinta-Gomes e Nobre (2014) levaram a cabo um estudo junto da população masculina portuguesa, a partir de uma amostra de 650 indivíduos sexualmente ativos com idades entre os 18 e os 70 anos, e verificaram que a ejaculação precoce (23.2%) e as dificuldades de ereção (10.2%) foram as dificuldades mais reportadas. Os resultados deste estudo mostraram ainda que a prevalência da maioria dos problemas sexuais aumenta a partir dos 45 anos, à exceção da ejaculação precoce que é mais predominante nas faixas etárias mais jovens e diminui progressivamente com o aumento da idade. Peixoto e Nobre (2015) recolheram dados de 500 mulheres de várias regiões de Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos, e verificaram que 37.9% eram afetadas por problemas sexuais. Os sintomas mais reportados foram a falta de desejo sexual (25.4%), dificuldades no orgasmo (16.8%) e de excitação sexual (15.1%). Os autores concluíram que os problemas sexuais aumentam com a idade, especialmente nas mulheres com mais de 55 anos, à exceção dos problemas associados à dor.

## **5. Crenças e atitudes sexuais**

Crenças são ideias que criamos sobre nós mesmo, os outros, ou sobre o mundo e que vão influenciar a maneira como interpretamos as situações com que nos deparamos, vão também ser capazes de influenciar o nosso comportamento e as nossas emoções (Nobre, 2006; Peixoto & Nobre, 2015). Do ponto de vista da teoria cognitiva, há dois níveis de crenças que se dividem entre um grupo de crenças mais nucleares e incondicionais e outro grupo mais intermediário e condicional. As chamadas crenças fundamentais ou incondicionais funcionam de forma mais automática e as crenças

intermediárias funcionam de forma menos central, mais acessível à consciência. (Beck, 1996, citado por Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes, 2003).

Num estudo em Portugal, Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes (2003) desenvolveram um instrumento de medida de crenças sexuais disfuncionais (Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais; Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes, 2003), que permite avaliar cognições, atitudes e expectativas sobre a sexualidade, constituído por uma versão feminina e uma versão masculina, colocando a hipótese de que estas poderiam desempenhar um papel central como fatores predisponentes para a disfunção sexual. Estas crenças ou ideias iriam assim influenciar o nosso comportamento sexual e quando deparados com situações sexuais seriam o seu guia de interpretação. Nos homens, estas crenças incluem, por exemplo, a exigência de que este esteja sempre preparado para o sexo e capaz de satisfazer a mulher, e nas mulheres a visão do desejo sexual e prazer como experiências pecaminosas ou a importância da imagem corporal.

O efeito das crenças sexuais e mitos sobre o funcionamento sexual, embora esteja a receber alguma atenção de estudos clínicos, não foi submetido a um teste empírico sistemático em populações mais velhas (> 65 anos). No que respeita aos estudos clínicos destacam-se as obras de Zilbergeld, em que este afirma que os homens com disfunções erécteis apresentam um conjunto de mitos e crenças erróneas sobre a sexualidade que funcionam como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento das suas dificuldades: "um homem sempre quer e está pronto para ter relações sexuais", "o verdadeiro homem é sexualmente funcional", "sexo é centrado num pênis rígido e o que podemos fazer com ele" e "sexo é igual a relação sexual coital" (Zilbergeld, 1992, 1999). Também Wincze e Barlow (1997) identificaram um conjunto de mitos sexuais subjacente a disfunções sexuais masculinas com ênfase em elevadas crenças de desempenho sexual e ideias erradas sobre a resposta sexual e satisfação sexual das mulheres. De acordo com Zilbergeld (1999), um homem que apresentasse este conjunto de crenças erróneas relativamente à sexualidade estava mais suscetível a desenvolver ideias catastróficas sobre as potenciais consequências no caso de ocorrer um eventual fracasso sexual. Homens com grandes crenças nestes mitos mencionaram que desenvolvem ideias negativas sobre si mesmo: "Nunca vou resolver este problema", "Sou menos que um homem". Estas crenças e o desenvolvimento de um autoconceito negativo, deixa estes

homens vulneráveis ao desenvolvimento de dificuldades sexuais, assim como também desempenham um papel central na manutenção do problema.

As crenças sexuais integram o Modelo Cognitivo-Emocional de Nobre e Pinto-Gouveia (2006), com um papel de vulnerabilidade para o desenvolvimento de disfunções sexuais, estipulando as condições necessárias para a ativação de esquemas cognitivos determinantes da resposta sexual.

O estudo de Nobre & Pinto-Gouveia (2006), que pretendia averiguar os efeitos que as crenças sexuais tinham no desenvolvimento de disfunções sexuais, comparou homens e mulheres sexualmente saudáveis com indivíduos sexualmente disfuncionais e concluiu que estes últimos tendem a reportar mais crenças sexuais disfuncionais. Relativamente aos homens, os resultados mostraram que os homens sexualmente disfuncionais têm mais crenças relacionadas com a excessiva importância atribuída ao desempenho sexual (e.g., “No sexo o que conta é conseguir chegar ao fim”) e com a satisfação sexual feminina (e.g., “Um homem que não satisfaça sexualmente a mulher é um fracassado”), apesar de estas diferenças não terem revelado significância estatística (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006). Nas mulheres, as crenças sexuais disfuncionais, no geral, mostraram-se um fator significativo de discriminação entre as mulheres disfuncionais e as saudáveis, em particular, de forma significativa, as crenças relacionadas com a importância atribuída à imagem corporal (e.g., “Uma mulher feia não consegue satisfazer sexualmente o companheiro”) e com o papel da idade (e.g., “Com a idade a mulher perde o prazer pelo sexo”) (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006). Num outro estudo, levado a cabo com uma amostra da população geral, as crenças masculinas de conservadorismo sexual (e.g., “Os preliminares sexuais são uma perda de tempo”) e do sexo como abuso masculino (e.g., “O sexo é uma violentação do corpo da mulher”) e a crença feminina do desejo sexual e prazer como pecado (e.g., “O sexo é sujo e pecaminoso”) mostraram-se associadas ao funcionamento sexual (Peixoto & Nobre, 2014).

A pesquisa realizada tem também procurado a associação de diferentes fatores cognitivos com problemas sexuais específicos. Os resultados de alguns destes estudos indicaram como preditores significativos do desejo sexual, as atitudes restritivas face à atividade sexual nos homens (Carvalho & Nobre, 2011a), e crenças de conservadorismo sexual, do papel negativo da idade na sexualidade ou do desejo como pecado no caso das mulheres (Carvalho & Nobre, 2010; Nobre, 2009; Nobre & Pinto-Gouveia, 2008). Nobre

(2010) comprovou no seu estudo que as crenças relativas à excessiva importância atribuída ao desempenho sexual (mito do “macho latino”) são preditores significativos da disfunção erétil. Num estudo feito com uma amostra clínica e da população geral feminina, Nobre e Pinto-Gouveia (2008) demonstraram ainda o papel das crenças de desejo sexual e prazer como pecado e do conservadorismo sexual na determinação do funcionamento sexual feminino.

Carvalho & Nobre (2011b), testaram um modelo conceptual tendo em consideração o papel dos fatores biopsicossociais e a sua interação como determinantes do desejo sexual masculino. Estes autores mostraram que apesar da idade não ter um efeito direto no desejo sexual do homem, esta tem um efeito indireto através das crenças de atitudes restritivas face à atividade sexual, concluindo assim que estas crenças sexuais não só têm uma influência negativa no desejo sexual masculino como também atuam como um fator de vulnerabilidade para este problema, em especial nos homens mais velhos.

É de salientar que o fator cultural pode afetar a presença de crenças sexuais disfuncionais e a influência destas no funcionamento sexual, como verificado por Morton e Gorzalka (2013). Os autores encontraram diferenças entre as mulheres canadianas de origem europeia e as de origem asiática (Este), sendo estas últimas mais disfuncionais em todas as crenças sexuais. Contrariamente ao esperado a influência destas crenças no funcionamento sexual apenas se mostrou significativa nas mulheres de origem asiática, em particular as crenças de conservadorismo sexual (Morton & Gorzalka, 2013).

## **6. Funcionamento sexual, satisfação sexual e satisfação com a vida**

A investigação tem demonstrado que a satisfação sexual está relacionada com vários fatores, sejam de carácter individual, social, de crenças e valores culturais, ou outros, destacando-se a sua importância para a saúde sexual e para o bem-estar geral das pessoas (Pascoal, Narciso, Pereira, & Ferreira, 2013; Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias, & Sierra, 2014). A associação positiva entre a satisfação sexual e a satisfação com a vida tem sido demonstrada em alguns estudos, longitudinais e transversais (e.g., Stephenson & Meston, 2015; Thompson et al., 2011).

Apesar da investigação na área da sexualidade, junto da população mais velha, estar a desenvolver-se, esta tem-se focado essencialmente numa análise isolada de fatores como a frequência da atividade sexual, o funcionamento sexual ou a satisfação sexual, não aprofundando a forma como estas se relacionam e impactam a satisfação com a vida nesta população específica. A relação entre essas variáveis apesar de ser intuitiva, na população dos adultos mais velhos esta pode, no entanto, surgir paradoxal. Thompson, e colegas (2011), por exemplo, descobriram que apesar dos declínios relacionados à idade na frequência da atividade sexual, no funcionamento e interesse sexual, a satisfação sexual autorreportada permaneceu consistente em uma grande amostra de mulheres com idade entre os 60 e os 89 anos. Como já apontado na literatura, com as alterações físicas e a maturidade consequentes do envelhecimento, a satisfação sexual nos mais velhos pode ser alcançada muitas vezes de formas diferentes de períodos anteriores da sua vida (Herbenick et al., 2010a; Kingsberg, 2002).

Na conceptualização apresentada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), a satisfação com a vida é a componente cognitiva do bem-estar subjetivo. Por sua vez, e não obstante a falta de consenso em definir envelhecimento bem-sucedido, a maioria dos idosos associa à sua definição o bem-estar subjetivo (Depp et al., 2010).

## **7. Objetivos e hipóteses**

O objetivo geral deste estudo é examinar como é que as pessoas idosas vivenciam a sua sexualidade (comportamentos, preferências), bem como estudar as crenças sexuais apresentadas e a sua relação com o funcionamento sexual, a satisfação sexual e a satisfação com a vida. É ainda investigada a capacidade do funcionamento sexual e satisfação sexual para predizer a satisfação com a vida.

Apesar de existir já evidência empírica sobre o papel das dimensões que pretendemos estudar na saúde sexual e satisfação com a vida com outras populações e amostras da comunidade, não encontramos nenhum estudo na literatura científica que investigue estas dimensões numa amostra da população envelhecida. Com base na literatura existente, foram formuladas as seguintes hipóteses de estudo:

*Hipótese 1:* Homens e mulheres com mais de 55 anos com problemas sexuais apresentam mais crenças sexuais disfuncionais comparativamente a homens e mulheres sem problemas sexuais.

*Hipótese 2:* As crenças sexuais disfuncionais, na população em estudo, predizem significativamente de forma negativa o seu funcionamento sexual.

*Hipótese 3:* As crenças sexuais disfuncionais, na população em estudo, predizem significativamente de forma negativa a sua satisfação sexual.

*Hipótese 4:* As crenças sexuais disfuncionais, na população em estudo, predizem significativamente de forma negativa a sua satisfação com a vida.

*Hipótese 5:* O funcionamento sexual e a satisfação sexual, na população em estudo, predizem significativamente de forma positiva a satisfação com a vida.

## Estudo Empírico

### 1. Método

#### 1.1. Participantes

No presente estudo participaram 109 homens e 110 mulheres. Os participantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 55 e os 87 anos ( $M = 70.94$ ,  $DP = 6.68$ ), tinham em média 2 filhos ( $DP = 1.27$ ), a sua escolaridade era maioritariamente o 12º ano (26.6%), o 9º ano (22.9%) ou uma licenciatura/bacharelato (21.1%), predominavam os reformados (75.2%) e casados ou em união de facto (69.7%). As participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 56 e os 82 anos ( $M = 68.71$ ,  $DP = 6.68$ ), tinham em média 2 filhos ( $DP = 0.90$ ), eram detentoras na sua maioria do 9º ano de escolaridade (27.3%), de uma licenciatura/bacharelato (20.9%) ou da 4ª classe (19.1%), predominantemente eram reformadas (81.8%) e casadas ou em união de facto (63.6%).

Tabela 1 - *Características sociodemográficas da amostra*

Variáveis	Homens (n = 109)		Mulheres (n = 110)	
	M (DP)	Min - Max	M (DP)	Min - Max
<b>Idade (anos)</b>	70.94 (6.68)	55 - 87	68.71 (6.31)	56 - 82
<b>Nº de filhos</b>	2.09 (1.27)	0 - 6	1.88 (0.90)	0 - 5
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Habilitações Literárias</b>				
Menos de 4 anos	1	0.9	-	-
4ª classe	17	15.6	21	19.1
6º ano	10	9.2	13	11.8
9º ano	25	22.9	30	27.3
12º ano	29	26.6	20	18.2
Licenciatura/Bacharelato	23	21.1	23	20.9
Mestrado	1	0.9	-	-
Doutoramento	1	0.9	-	-
Omissos	2	1.8	3	2.7
<b>Profissão/Ocupação</b>				
Ativo	19	17.4	11	10.0
Desempregado	4	3.7	4	3.6
Reformado	82	75.2	90	81.8
Estudante	-	-	1	0.9



Omissos	4	3.7	4	3.6
<b>Situação Relacional</b>				
Solteiro	1	0.9	4	3.6
Namoro	2	1.8	1	0.9
Casado/união de facto	76	69.7	70	63.6
Separado/divorciado	10	9.2	10	9.1
Viúvo	20	18.3	25	22.7

## 1.2. Materiais

Neste estudo foi usada uma bateria de instrumentos, no sentido de permitir recolher alguns dados dos participantes, com vista à sua análise e concretização dos objetivos por nós delineados.

### *Questionário introdutório geral*

No presente estudo foi elaborado um questionário introdutório geral, de autorresposta, constituído por questões de resposta fechada e aberta, com o objetivo de aceder a informação sociodemográfica dos participantes (idade, habilitações literárias, profissão/ocupação, situação relacional e número de filhos), incluindo ainda informação relativa a atividades sexuais e a fatores religiosos e de saúde.

### *Problemas sexuais*

Para avaliar os problemas sexuais autopercebidos, foram desenvolvidos dois questionários com base nos critérios do DSM-5 (APA, 2013), que incluem questões específicas para homens e para mulheres. Estes questionários consistem em cinco sintomas identificados para os homens (Dificuldades na ejaculação, Falta de desejo sexual, Dor genital, Disfunção erétil e Ejaculação precoce) e três para as mulheres (Dificuldades no orgasmo, Falta de desejo ou excitação sexual e Dor genital), que tenham sido experienciados nos últimos seis meses e causando um mal-estar significativo. Para cada um dos sintomas as opções de resposta são “Sim” ou “Não”.

### *Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI; Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2001)*

O *Índice de Funcionamento Sexual Feminino* (FSFI; Rosen et al., 2000) é um instrumento de avaliação, de autorresposta, do funcionamento sexual feminino total,

assim como das suas dimensões. Este instrumento é constituído por 19 itens, apresentados numa escala de tipo *Likert*, que incidem na atividade sexual nas últimas quatro semanas (Nobre, 2006). Os dados recolhidos através do FSFI permitem obter, para além de um índice total, índices específicos para as diferentes dimensões, nomeadamente, para o Desejo/Interesse Sexual (itens 1 e 2), a Excitação Sexual (itens 3, 4, 5 e 6), a Lubrificação (itens 7, 8, 9 e 10), o Orgasmo (itens 11, 12 e 13), a Satisfação Sexual (itens 14, 15 e 16) e a Dor Sexual (itens 17, 18 e 19) (Rosen et al., 2000). O índice total de funcionamento sexual resulta do somatório das várias dimensões específicas e varia entre 2 e 36, sendo que quanto mais elevado o valor deste índice, melhor o nível de funcionamento sexual.

Quanto às qualidades psicométricas do instrumento original, Rosen e colaboradores (2000) demonstraram uma boa consistência interna (valores do *Alfa de Cronbach* para cada dimensão a variar entre .89 e .96, e de .97 para a escala total). A validade discriminante do instrumento ficou demonstrada com a existência de diferenças estatisticamente significativas entre um grupo clínico e um grupo não-clínico, em todas as dimensões avaliadas e no total da escala ( $p < .001$ ) (Rosen et al., 2000).

O FSFI foi validado para a população portuguesa revelando boas qualidades psicométricas (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009). A versão portuguesa revelou boa consistência interna para cada uma das suas dimensões (valores de *Alfa de Cronbach* entre .88 e .90) e para a escala total (valor de *Alfa de Cronbach* de .93), assim como validade convergente e discriminante (Pechorro et al., 2009). No presente estudo, a escala total apresentou boa consistência interna (valor de *Alfa de Cronbach* de .96), assim como todas as dimensões avaliadas por esta (valores de *Alfa de Cronbach* entre .84 e .99).

*Índice Internacional de Função Erétil (IIEF; Rosen et al., 1997; tradução e adaptação de Nobre, 2002)*

O *Índice Internacional de Função Erétil* (IIEF; Rosen et al., 1997) é um instrumento de avaliação, de autorresposta, do funcionamento sexual masculino total, assim como das suas diferentes áreas. Este instrumento é constituído por 15 itens, apresentados numa escala de tipo *Likert*, que incidem na atividade sexual nas últimas quatro semanas (Rosen et al., 1997). Os dados recolhidos através do IIEF permitem obter, para além de um índice total, índices específicos para as diferentes dimensões, nomeadamente, para a Função Erétil (itens 1, 2, 3, 4, 5, 15), a Função Orgásmica (itens 9

e 10), o Desejo Sexual (itens 11 e 12), a Satisfação Sexual (itens 6, 7 e 8) e a Satisfação Geral (itens 13 e 14) (Rosen et al., 1997). O índice total de funcionamento sexual resulta do somatório das várias dimensões específicas e varia entre 5 e 75, sendo que quanto mais elevado o valor deste índice, melhor o nível de funcionamento sexual.

Na análise das qualidades psicométricas do instrumento original, foi encontrado um elevado grau de consistência interna em cada uma das cinco dimensões e para a escala total (valores do *Alfa de Cronbach* superiores a .73), assim como ficou demonstrada a sua validade de construto (Rosen et al., 1997).

A versão portuguesa do IIEF também evidenciou boas características psicométricas, tanto em termos de consistência interna, como de validade discriminante (capacidade de diferenciar homens com disfunção erétil de homens sexualmente funcionais) (Quinta-Gomes & Nobre, 2012). No presente estudo, a escala total apresentou boa consistência interna (valor de *Alfa de Cronbach* de .98), assim como todas as dimensões avaliadas por esta (valores de *Alfa de Cronbach* entre .90 e .99).

*Medida Global da Satisfação Sexual (GMSEX; Lawrence & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal & Narciso, 2006)*

A *Medida Global da Satisfação Sexual* (GMSEX; Lawrence & Byers, 1998) permite avaliar a satisfação sexual global tendo em conta a descrição do inquirido da sua relação sexual atual com o/a seu/sua companheiro/a. Este instrumento é constituído por cinco itens, apresentados numa escala de tipo *Likert* de sete pontos, que permite avaliar a satisfação sexual em ambos os géneros, ao contrário do que acontece com as subescalas relativas à satisfação do FSFI e do IIEF. Esta medida resulta do somatório das pontuações dos itens, sendo que o seu valor pode variar entre 7 e 35 e quanto mais elevado o seu valor, maior a satisfação sexual (Lawrence & Byers, 1998).

Quanto às qualidades psicométricas do instrumento original, foram encontradas boa consistência interna e validade de construto (Lawrence & Byers, 1998).

O GMSEX foi validado para a população portuguesa, a partir de três amostras distintas, onde se verificaram boas qualidades psicométricas, mais especificamente uma boa consistência interna (valores de *Alfa de Cronbach* entre .83 e .94) e validade de construto (Pascoal, Narciso, Ferreira e Pereira, 2013). No presente estudo, a escala apresentou também boa consistência interna (valor de *Alfa de Cronbach* de .97).

### *Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; Diener et al., 1985)*

A *Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; Diener et al., 1985)* é um instrumento de autorresposta e destina-se a avaliar aspetos cognitivos de satisfação geral com a vida. Este instrumento, na sua versão original, é constituído por cinco itens, apresentados numa escala de tipo *Likert* de sete pontos. (Diener et al., 1985).

O instrumento original apresenta boas qualidades psicométricas, incluindo boa consistência interna (valor do *Alfa de Cronbach* de .87) e estabilidade temporal moderada (correlação teste-reteste, com intervalo de 2 meses, de  $r = .82$ ) (Diener et al., 1985). Os resultados obtidos confirmam ainda a validade de construto desta escala, com correlações significativas com outras medidas de bem-estar subjetivo (Diener et al., 1985).

A SWLS foi, pela primeira vez, validada para a população portuguesa por Neto, Barros e Barros (1990) e posteriormente por Simões (1992). Simões (1992) simplificou o instrumento, reduzindo a escala de resposta para uma escala de *Likert* de cinco pontos e tornou o conteúdo mais compreensível para populações de nível cultural inferior. As características psicométricas desta nova validação revelaram-se semelhantes aos do estudo anterior, com uma boa consistência interna (valor do *Alfa de Cronbach* de .77) (Simões, 1992). O grau de satisfação com a vida é calculado através do somatório dos 5 itens, que de acordo com a escala varia entre 5 e 25 pontos, correspondendo os valores mais elevados a uma perceção de maior satisfação com a vida. No presente estudo, a escala apresentou também boa consistência interna (valor de *Alfa de Cronbach* de .87).

### *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD; Nobre et al., 2003)*

O *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD; Nobre et al., 2003)* foi construído por Nobre e colaboradores (2003) e é um instrumento que visa avaliar um conjunto de estereótipos e crenças relativamente à sexualidade, que podem estar associadas ao desenvolvimento de disfunções sexuais. Contém uma versão masculina e uma feminina, com 40 itens cada, apresentados numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos, sendo avaliadas seis dimensões em cada uma das versões. Os dados recolhidos através da versão masculina do QCSD permitem obter, para além de uma pontuação total, pontuações para as diferentes dimensões, nomeadamente, para o Conservadorismo sexual (10 itens), o Poder sexual feminino (8 itens), o Mito do “macho” (7 itens), a Satisfação

sexual feminina (5 itens), as Atitudes restritivas face ao sexo (itens) e o Sexo como abuso masculino (3 itens) (Nobre et al., 2003). As dimensões da versão feminina do QCSD avaliadas são o Conservadorismo sexual (9 itens), o Desejo e prazer sexual como pecado (6 itens), as Crenças relacionadas com a Idade (5 itens), as Crenças relacionadas com a Imagem corporal (4 itens), a Primazia do afeto (6 itens) e a Primazia da maternidade (4 itens). As pontuações total e de cada dimensão são calculadas através do somatório dos itens, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são as crenças sexuais disfuncionais (Nobre et al., 2003).

Nos estudos psicométricos iniciais, realizados com o instrumento, a versão masculina do QCSD revelou uma boa consistência interna do total da escala (valores do *Alfa de Cronbach* de .93 para o total da escala, e entre .50 e .78 para as dimensões) e estabilidade temporal satisfatória ( $r = .73$ ) (Nobre et al., 2003). De forma semelhante, a versão feminina apresentou boas qualidades psicométricas, com boa consistência interna para o total da escala (valores do *Alfa de Cronbach* de .81 para o total da escala, e entre .54 e .89 para as dimensões) e estabilidade temporal satisfatória ( $r = .80$ ) (Nobre et al., 2003). A dimensão Primazia do Afeto não é considerada no cálculo da pontuação total da escala, por ter apresentado baixas correlações com os restantes fatores (Nobre et al., 2003). A validade convergente ficou demonstrada através da correlação observada com outras medidas de crenças gerais e sexuais e de funcionamento sexual (Nobre et al., 2003). Foi também verificada a validade discriminante pela capacidade de o instrumento diferenciar indivíduos sexualmente funcionais de disfuncionais (Nobre et al., 2003). Atualmente o QCSD encontra-se traduzido e validado em diversas populações. No presente estudo, a escala total apresentou boa consistência interna na versão masculina (valor de *Alfa de Cronbach* de .89) e na versão feminina (valor de *Alfa de Cronbach* de .96).

### **1.3. Procedimentos de recolha de dados**

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.

Com a colaboração da RUTIS (Associação Rede de Universidades da Terceira Idade), os sujeitos que constituem a nossa amostra foram recrutados através do contacto

a sete Universidades Seniores do distrito do Porto (Porto Centro, Matosinhos, Maia e Rio Tinto), tratando-se de uma amostra de conveniência. A administração dos questionários foi realizada nas instalações das Universidades Seniores para os frequentadores da mesma entre os meses de maio e julho de 2018. Como critério de inclusão foram considerados os sujeitos com mais de 55 anos de idade.

Os questionários foram preenchidos pelos participantes de forma autónoma, anónima e confidencial, sendo que todos completaram previamente um formulário de consentimento informado. A maior parte dos participantes responderam aos questionários em suporte de papel em sessões de grupo.

#### **1.4. Procedimento de análise de dados**

Depois da conclusão da recolha dos dados, procedeu-se à criação da base de dados e à sua análise estatística através do programa estatístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 25.0 para *Windows*).

Os testes estatísticos realizados foram selecionados tendo em conta o tipo de variáveis consideradas e as análises pretendidas. A análise descritiva consistiu no cálculo da média e do desvio padrão no caso das variáveis quantitativas, e de frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas. No que respeita às análises de inferência estatística, recorreremos a análises de variância multivariadas (MANOVA), ao coeficiente de correlação de *Pearson* e a regressões lineares simples e múltiplas (método *Enter* e método *Stepwise*).

## 2. Resultados

### 2.1. Atividades sexuais

Relativamente à sexualidade dos participantes deste estudo, os homens afirmaram ter ao longo da vida entre nenhum a 300 parceiros sexuais ( $M = 7.60$ ,  $DP = 30.72$ ), a maioria encontrava-se numa relação estável há pelo menos 6 meses (73.4%) e tinha atividade sexual com o parceiro entre 1 a 3 vezes por mês (39.4%) ou menos de 1 vez por mês (25.7%). Apenas 1.8% dos homens afirmou ter tido uma experiência sexual não desejada, a totalidade indicou heterossexualidade e 22.0% envolveu-se em atividade que o colocou em risco de contrair SIDA. As mulheres afirmaram ter ao longo da vida entre um a oito parceiros sexuais ( $M = 1.58$ ,  $DP = 1.02$ ), a maioria encontrava-se numa relação estável há pelo menos 6 meses (68.2%) e cerca de metade tinha atividade sexual com o parceiro entre 1 a 3 vezes por mês (23.6%) ou menos de 1 vez por mês (25.5%). Das mulheres participantes, 7.3% afirmou ter tido uma experiência sexual não desejada, a grande maioria indicou heterossexualidade (93.6%) e 4.5% envolveu-se em atividade que a colocou em risco de contrair SIDA.

Tabela 1 – Características relativas aos comportamentos e preferências sexuais da amostra

Variáveis	Homens (n = 109)		Mulheres (n = 110)	
	M (DP)	Min - Max	M (DP)	Min - Max
<b>Nº parceiros sexuais</b>	7.60 (30.72)	0 - 300	1.58 (1.02)	1 - 8
	n	%	N	%
<b>Relação estável há pelo menos 6 meses</b>				
Sim	80	73.4	75	68.2
Omissos	3	2.8	6	5.5
<b>Frequência atividade sexual com parceiro</b>				
Nunca me envolvi	2	1.8	1	0.9
Menos de 1 vez/ ano	3	2.8	13	11.8
Menos de 1 vez/ mês	28	25.7	28	25.5
Entre 1 a 3 vezes/mês	43	39.4	26	23.6
Entre 1 a 2 vezes/semana	13	11.9	8	7.3
Entre 3 a 5 vezes/semana	3	2.8	3	2.7
Todos/quase todos os dias	-	-	1	0.9

Omissos	17	15.6	30	27.3
<b>Experiência sexual não desejada</b>				
Sim	2	1.8	8	7.3
Omissos	1	0.9	3	2.7
<b>Orientação sexual</b>				
Exclusivamente heterossexual	109	100.0	103	93.6
Predominantemente homossexual e apenas incidentalmente heterossexual	-	-	1	0.9
Omissos	-	-	6	5.5
<b>Atividade risco SIDA</b>				
Sim	24	22.0	5	4.5
Omissos	-	-	3	2.7

## 2.2. Fatores Religiosos e de Saúde

Quanto à religiosidade, 78.9% dos homens e 90.9% das mulheres afirmaram professar alguma religião. Numa escala de 1 (muito baixo) a 7 (muito elevado), os homens revelaram um grau de crença médio de 4.44 (DP = 1.43) e as mulheres de 4.71 (DP = 1.50).

Homens e mulheres reportaram em média dois problemas de saúde concomitantes e um valor médio para a saúde física geral ligeiramente superior ao ponto médio da escala utilizada para a autoavaliação da saúde (4,57- homens e 4,66 – mulheres numa escala de 1 a 7, sendo que 1 corresponde a muito má e 7 a muito boa). Relativamente à saúde mental os valores médios foram ligeiramente mais elevados (5,17 e 5,19 em homens e mulheres respetivamente) Os medicamentos mais apontados pelos homens foram os anti-hipertensores (31.9%), sendo este referido pela mesma percentagem de mulheres e em maior percentagem estas apontaram os anti-depressivos (45.8%).



Tabela 2 - *Características relativas à saúde da amostra*

Variáveis	Homens (n = 109)		Mulheres (n = 110)	
	M (DP)	Min - Max	M (DP)	Min - Max
Nº problemas de saúde	1.59 (1.12)	0 - 6	2.13 (1.40)	0 - 6
Saúde Física Geral	4.57 (1.00)	2 - 7	4.66 (1.30)	1 - 7
Saúde Mental Geral	5.17 (1.12)	3 - 7	5.19 (1.33)	1 - 7
	N	%	n	%
<b>Medicamentos</b>				
Anti-hipertensores	15	31.9	23	31.9
Anti-depressivos	7	14.9	33	45.8
Anti-psicóticos	1	2.1	2	2.8
Hormonas/contraceção	-	-	4	5.6
Outra	27	57.4	29	40.3

### 2.3. Problemas Sexuais

Os problemas sexuais mais apontados pelos participantes do sexo masculino, com ocorrência nos últimos seis meses e com mal-estar significativo decorrente, foram a dificuldade em atingir ou manter uma ereção (27.2%) e a ausência ou redução marcada de interesse na atividade sexual (26.4%), seguindo-se o atraso significativo na ejaculação ou incapacidade em ejacular (19.6%). A ejaculação frequente logo após a penetração e antes do desejado foi reportada por 9.9% dos participantes e a dor genital por 5.5%.

Tabela 3 - *Problemas sexuais da amostra masculina*

Problemas sexuais - homens	n	%
Dificuldades na ejaculação	18	19.6
Falta de desejo sexual	24	26.4
Dor genital	5	5.5
Disfunção erétil	25	27.2
Ejaculação precoce	9	9.9

Os problemas sexuais mais apontados pelos participantes do sexo feminino, com ocorrência nos últimos seis meses e com mal-estar significativo decorrente, foram a ausência ou redução marcada de interesse na atividade sexual ou de excitação/ prazer durante a atividade sexual (43.0%) e a dificuldade em atingir o orgasmo (38.0%), seguindo-se a dor vulvo vaginal pélvica ou dificuldade na penetração vaginal (22.8%).

Tabela 4 - *Problemas sexuais da amostra feminina*

<b>Problemas sexuais - mulheres</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dificuldades no orgasmo	30	38.0
Falta de desejo ou excitação sexual	34	43.0
Dor genital	18	22.8

## 2.4. Crenças sexuais disfuncionais e problemas sexuais

Com o objetivo de comparar as crenças sexuais disfuncionais em função da existência de problemas sexuais, em homens e mulheres, foram realizadas análises de variância multivariadas (MANOVA), considerando-se como variáveis dependentes as dimensões das crenças sexuais disfuncionais (QCSD) e como variável independente a variável que agrupa os participantes em 2 grupos, um com problemas sexuais (Sim) e o outro sem problemas sexuais (Não).

Relativamente aos homens, os resultados do teste multivariado revelaram um efeito não significativo do grupo (Wilk's  $\lambda = 0.876$ ,  $F(6, 76) = 1.801$ ,  $p = 0.110$ ,  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0.124$ ). No entanto, os testes univariados revelaram que os homens com algum problema sexual apresentaram pontuações médias na dimensão Atitudes Restritivas face ao Sexo significativamente mais elevadas, comparativamente com aqueles sem qualquer problema sexual ( $p < 0.01$ ,  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0.092$ ).

Tabela 5 - *Crenças sexuais disfuncionais masculinas, em função dos problemas sexuais*

<b>Crenças sexuais disfuncionais masculinas</b>	<b>Sim (n = 20) M (DP)</b>	<b>Não (n = 63) M (DP)</b>	<b>F (1, 81)</b>	<b><math>\eta^2</math></b>
Conservadorismo sexual	16.20 (4.40)	15.35 (4.11)	0.629	0.008
Poder sexual feminino	20.35 (3.80)	21.40 (4.63)	0.841	0.010
Mito do “macho”	19.35 (4.64)	20.33 (5.07)	0.594	0.007
Satisfação sexual feminina	16.85 (5.04)	17.87 (4.71)	0.693	0.008
Atitudes restritivas face ao sexo	8.30 (2.18)	6.60 (2.34)	8.247**	0.092
Sexo como abuso masculino	5.90 (1.71)	5.92 (1.92)	0.002	0.000

*Nota.* \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

Dados omissos:  $n = 26$ .

Relativamente às mulheres, os resultados do teste multivariado revelaram um efeito significativo do grupo (Wilk's  $\lambda = 0.786$ ,  $F(6, 62) = 2.817$ ,  $p = 0.017$ ,  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0.214$ ). Analisando os resultados dos testes univariados, estes revelaram que as mulheres

com algum problema sexual apresentaram pontuações médias significativamente mais elevadas nas dimensões Crenças relacionadas com a Idade e Primazia da Maternidade, comparativamente com aquelas sem qualquer problema sexual ( $p < 0.001$ ,  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0.159$  e  $p < 0.05$ ,  $\eta^2_{\text{parcial}} = 0.084$ , respetivamente).

Tabela 6 - *Crenças sexuais disfuncionais femininas, em função dos problemas sexuais*

Crenças sexuais disfuncionais femininas	Sim (n = 35)	Não (n = 34)	F (1, 67)	$\eta^2$
	M (DP)	M (DP)		
Conservadorismo sexual	20.37 (8.20)	18.62 (5.77)	1.050	0.015
Desejo e prazer sexual como pecado	11.46 (4.93)	9.59 (3.78)	3.117	0.044
Crenças relacionadas com a Idade	13.89 (4.90)	10.00 (4.11)	12.702***	0.159
Imagem corporal	6.89 (2.94)	6.62 (2.58)	0.162	0.002
Primazia do afeto	10.40 (3.00)	9.74 (2.69)	0.937	0.014
Primazia da maternidade	10.54 (2.83)	8.82 (2.93)	6.148*	0.084

Nota. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

Dados omissos: n = 41.

## 2.5. Relação entre crenças sexuais disfuncionais funcionamento sexual, satisfação sexual e satisfação com a vida

Com o objetivo de avaliar a relação entre as crenças sexuais disfuncionais e o funcionamento sexual, a satisfação sexual e a satisfação com a vida foram calculados coeficientes de correlação de *Pearson*.

Relativamente aos homens, as dimensões das crenças sexuais disfuncionais que revelaram uma correlação negativa, estatisticamente significativa, com o funcionamento sexual (IIEF Total) foram o conservadorismo sexual ( $r = -.292$ ,  $p < .01$ ) e as atitudes restritivas face ao sexo ( $r = -.321$ ,  $p < .01$ ). As dimensões das crenças sexuais disfuncionais que revelaram uma correlação negativa, estatisticamente significativa, com a satisfação sexual (GMSEX) foram o poder sexual feminino ( $r = -.283$ ,  $p < .05$ ), as crenças relacionadas com a satisfação sexual feminina ( $r = -.305$ ,  $p < .01$ ) e o sexo como abuso masculino ( $r = -.259$ ,  $p < .05$ ). - À exceção da dimensão atitudes restritivas ( $p > .05$ ), todas as dimensões das crenças sexuais disfuncionais se correlacionaram de forma negativa e significativa com a satisfação com a vida.

Tabela 7 - *Correlações entre as crenças sexuais disfuncionais masculinas e o funcionamento sexual, a satisfação sexual e a satisfação com a vida*

<b>Crenças sexuais disfuncionais masculinas</b>	<b>IIEF total <sup>a</sup></b>	<b>GMSEX <sup>b</sup></b>	<b>SWLS <sup>c</sup></b>
Conservadorismo sexual	-0.292**	-0.222	-0.408***
Poder sexual feminino	-0.082	-0.283*	-0.368***
Mito do “macho”	-0.074	-0.214	-0.363***
Satisfação sexual feminina	0.079	-0.305**	-0.368***
Atitudes restritivas face ao sexo	-0.321**	-0.050	-0.112
Sexo como abuso masculino	-0.140	-0.259*	-0.395***
QCSD total	-0.162	-0.303**	-0.473***

Nota. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ ; <sup>a</sup> n = 79; <sup>b</sup> n = 71; <sup>c</sup> n = 96

Relativamente às mulheres, à exceção da dimensão das crenças relacionadas com a imagem corporal ( $p > .05$ ), todas as dimensões das crenças sexuais disfuncionais se correlacionaram de forma negativa e significativa com o funcionamento sexual (FSFI total). Todas as dimensões das crenças sexuais disfuncionais se correlacionaram de forma negativa e significativa com a satisfação sexual (GMSEX). À exceção da dimensão das crenças relacionadas com a imagem corporal ( $p > .05$ ), todas as dimensões das crenças sexuais disfuncionais se correlacionaram de forma negativa e significativa com a satisfação com a vida (SWLS).

Tabela 8 - *Correlações entre as crenças sexuais disfuncionais femininas e o funcionamento sexual, a satisfação sexual e a satisfação com a vida*

<b>Crenças sexuais disfuncionais femininas</b>	<b>FSFI total <sup>a</sup></b>	<b>GMSEX <sup>b</sup></b>	<b>SWLS <sup>c</sup></b>
Conservadorismo sexual	-0.401***	-0.524***	-0.327**
Desejo e prazer sexual como pecado	-0.498***	-0.448***	-0.417***
Crenças relacionadas com a idade	-0.468***	-0.371**	-0.348***
Crenças relacionadas com a imagem corporal	-0.235	-0.398**	-0.203
Primazia do afeto	-0.455***	-0.412**	-0.401***
Primazia da maternidade	-0.463***	-0.444***	-0.324**
QCSD total	-0.478***	-0.492***	-0.374***

Nota. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ ; <sup>a</sup> n = 67; <sup>b</sup> n = 58; <sup>c</sup> n = 91

## 2.6. Crenças sexuais disfuncionais como preditores do funcionamento sexual

Com o objetivo de verificar a capacidade preditiva das crenças sexuais disfuncionais no funcionamento sexual foram levadas a cabo regressões lineares múltiplas (método *stepwise*), considerando como variáveis independentes as dimensões das crenças sexuais e como variáveis dependentes as escalas totais do funcionamento sexual masculino (IIEF Total) e feminino (FSFI Total).

Para os homens obteve-se um modelo significativo ( $F(1, 76) = 8.756, p < 0.01$ ), que explica cerca de 10% da variância do funcionamento sexual. Este modelo incluiu apenas a dimensão Atitudes Restritivas Face ao Sexo como preditor significativo do IIEF ( $\beta = -0.32, p < 0.01$ ), sendo que esta influência se dá num sentido negativo.

Para as mulheres obteve-se também um modelo significativo ( $F(1, 63) = 18.474, p < 0.001$ ), que explica cerca de 23% da variância do funcionamento sexual. Este modelo incluiu apenas a dimensão Desejo e Prazer Sexual como Pecado como preditor significativa do FSFI ( $\beta = -0.48, p < 0.001$ ), sendo que esta influência se dá num sentido negativo.

Tabela 9 - Crenças sexuais como preditores do funcionamento sexual

Variáveis Predictoras	B	$\beta$	R <sup>2</sup>
<b>Homens</b>			0.103
Atitudes restritivas face ao sexo	-2.143	-0.321**	
<b>Mulheres</b>			0.227
Desejo e prazer sexual como pecado	-0.780	-0.476***	

Nota. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

## 2.7. Crenças sexuais disfuncionais como preditores da satisfação sexual

Com o objetivo de verificar a capacidade preditiva das crenças sexuais disfuncionais na satisfação sexual foram levadas a cabo regressões lineares múltiplas (método *stepwise*), considerando como variáveis independentes as dimensões das crenças sexuais e como variável dependente a escala total da satisfação sexual (GMSEX), para homens e mulheres.

Para os homens obteve-se um modelo significativo ( $F(1, 54) = 18.911, p < 0.001$ ), que explica cerca de 9% da variância da satisfação sexual. Este modelo incluiu apenas a dimensão Satisfação Sexual Feminina como preditor significativa do GMSEX ( $\beta = -0.30, p < 0.05$ ), sendo que esta influência se dá num sentido negativo.

Para as mulheres obteve-se também um modelo significativo ( $F(1, 63) = 18.474, p < 0.001$ ), que explica cerca de 26% da variância da satisfação sexual. Este modelo incluiu apenas a dimensão Conservadorismo Sexual como preditor significativa do GMSEX ( $\beta = -0.51, p < 0.001$ ), sendo que esta influência se dá num sentido negativo.

Tabela 10 - *Crenças sexuais como preditores da satisfação sexual*

Variáveis Predictoras	B	$\beta$	R <sup>2</sup>
<b>Homens</b>			0.092
Satisfação sexual feminina	-0.420	-0.304*	
<b>Mulheres</b>			0.259
Conservadorismo sexual	-0.435	-0.509***	

Nota. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

## 2.8. Crenças sexuais disfuncionais como preditores da satisfação com a vida

Com o objetivo de verificar a capacidade preditiva das crenças sexuais disfuncionais na satisfação com a vida foram levadas a cabo regressões lineares múltiplas (método *stepwise*), considerando como variáveis independentes as dimensões das crenças sexuais e como variável dependente a escala total da satisfação com a vida (SWLS), para homens e mulheres.

Para os homens obteve-se um modelo final significativo ( $F(2, 92) = 13.616, p < 0.001$ ), que explica cerca de 23% da variância da satisfação com a vida. Este modelo incluiu as dimensões Conservadorismo Sexual e Poder Sexual Feminino como preditores significativos do SWLS ( $\beta = -0.33, p < 0.01$  e  $\beta = -0.25, p < 0.05$ , respetivamente), sendo que esta influência se dá num sentido negativo.

Para as mulheres obteve-se também um modelo final significativo ( $F(2, 84) = 11.613, p < 0.001$ ), que explica cerca de 22% da variância da satisfação com a vida. Este modelo incluiu as dimensões Desejo e Prazer Sexual como Pecado e Crenças relacionadas com a Imagem Corporal como preditores significativos do SWLS ( $\beta = -0.68, p < 0.001$  e

$\beta = 0.34, p < 0.05$ , respetivamente), sendo que esta influência se dá num sentido negativo e positivo, respetivamente.

Tabela 11 - *Crenças sexuais como preditores da satisfação com a vida*

Variáveis Predictoras	B	$\beta$	R <sup>2</sup>
<b>Homens</b>			0.228
Conservadorismo sexual	-0.334	-0.328**	
Poder sexual feminino	-0.246	-0.250*	
<b>Mulheres</b>			0.217
Desejo e prazer sexual como pecado	-0.626	-0.681***	
Imagem corporal	0.524	0.342*	

Nota. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

## 2.9. Funcionamento e satisfação sexual como preditores da satisfação com a vida

Previamente à análise da capacidade preditiva do funcionamento sexual e da satisfação sexual na satisfação com a vida foram calculados coeficientes de correlação de *Pearson* com o objetivo de analisar a relação entre estas variáveis.

Relativamente aos homens, a satisfação com a vida (SWLS) revelou uma correlação positiva, estatisticamente significativa, com o funcionamento sexual (IIEF Total) ( $n = 81$ ;  $r = 0.457, p < 0.001$ ) e com a satisfação sexual (GMSEX) ( $n = 71$ ;  $r = 0.644, p < 0.001$ ). Na amostra feminina, a satisfação com a vida (SWLS) revelou também uma correlação positiva, estatisticamente significativa, com o funcionamento sexual (FSFI Total) ( $n = 63$ ;  $r = 0.390, p < 0.01$ ) e com a satisfação sexual (GMSEX) ( $n = 56$ ;  $r = 0.419, p < 0.001$ ).

Com o objetivo de verificar a capacidade preditiva do funcionamento sexual e da satisfação sexual na satisfação com a vida foram levadas a cabo regressões lineares múltiplas (método *Enter*), considerando como variáveis independentes as escalas totais da satisfação sexual (GMSEX) e do funcionamento sexual masculino (IIEF Total) e feminino (FSFI Total), e como variável dependente a escala total da satisfação com a vida (SWLS), para homens e mulheres.

Para os homens obteve-se um modelo final significativo ( $F(2, 61) = 22.532, p < 0.001$ ), que explica 42.5% da variância da satisfação com a vida. Este modelo incluiu apenas o GMSEX como preditor significativo do SWLS ( $\beta = 0.60, p < 0.001$ ), sendo que esta influência se dá num sentido positivo.

Para as mulheres obteve-se também um modelo final significativo ( $F(2, 45) = 4.693, p < 0.01$ ), que explica 17.3% da variância da satisfação com a vida. Este modelo incluiu apenas o FSFI total como preditor significativo do SWLS ( $\beta = 0.35, p < 0.05$ ), sendo que esta influência se dá num sentido positivo.

Tabela 12 - *Funcionamento sexual e satisfação sexual como preditores da satisfação com a vida*

Variáveis Preditores	B	$\beta$	R <sup>2</sup>
<b>Homens</b>			0.425
IIEF total	0.021	0.086	
GMSEX	0.379	0.601***	
<b>Mulheres</b>			0.173
FSFI total	0.219	0.350*	
GMSEX	0.067	0.112	

Nota. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

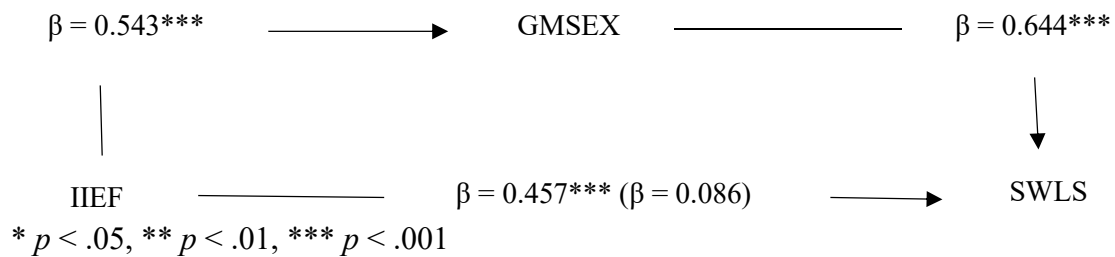
Adicionalmente, pretendemos analisar se a satisfação sexual exerce um papel mediador na relação entre o funcionamento sexual e a satisfação com a vida. Segundo Baron e Keny (2006), para que exista mediação têm de ser cumpridas quatro condições: 1) a variável independente exercer um efeito significativo na variável mediadora; 2) a variável independente exercer um efeito significativo na variável dependente; 3) a variável mediadora exercer um efeito significativo na variável dependente; e 4) o efeito da variável independente sobre a variável dependente sofre um decréscimo com a inclusão da variável mediadora. Com esse objetivo, foram levadas a cabo regressões lineares simples (método *Enter*), considerando como variável independente o funcionamento sexual masculino (IIEF Total) e feminino (FSFI Total), como variável mediadora a escala total da satisfação sexual (GMSEX) e como variável dependente a escala total da satisfação com a vida (SWLS), para homens e mulheres.

Para os homens, verificou-se um efeito significativo do funcionamento sexual na satisfação sexual ( $R^2 = 0.295; \beta = 0.543; p < 0.001$ ). Verificou-se igualmente um efeito significativo do funcionamento sexual na satisfação com a vida ( $R^2 = 0.209; \beta = 0.457; p < 0.001$ ). Foi ainda verificado que a satisfação sexual exerce um efeito significativo na satisfação com a vida ( $R^2 = 0.415; \beta = 0.644; p < 0.001$ ). Os resultados obtidos indicaram que com a inclusão da satisfação sexual, o efeito do funcionamento sexual na satisfação com a vida sofre um decréscimo, perdendo a significância ( $R^2 = 0.425; \beta = 0.086; p >$



0.05). Realizou-se ainda o Teste Z de Sobel, que confirmou a significância estatística deste decréscimo ( $Z = 3.628, p < .001$ ), verificando-se que a satisfação sexual exerce um papel mediador na relação entre o funcionamento sexual e a satisfação com a vida dos homens.

Figura 1 - *Satisfação sexual como mediadora da relação entre o funcionamento sexual e a satisfação com a vida masculinos*



Para as mulheres, verificou-se um efeito significativo do funcionamento sexual na satisfação sexual ( $R^2 = 0.237$ ;  $\beta = 0.486$ ;  $p < 0.001$ ). Verificou-se igualmente um efeito significativo do funcionamento sexual na satisfação com a vida ( $R^2 = 0.152$ ;  $\beta = 0.390$ ;  $p < 0.01$ ). Foi ainda verificado que a satisfação sexual exerce um efeito significativo na satisfação com a vida ( $R^2 = 0.176$ ;  $\beta = 0.419$ ;  $p < 0.001$ ). Os resultados obtidos indicaram que com a inclusão da satisfação sexual, o efeito do funcionamento sexual na satisfação com a vida, apesar de sofrer um decréscimo, manteve-se significativo ( $R^2 = 0.173$ ;  $\beta = 0.350$ ;  $p < 0.05$ ). Tendo em conta estes resultados, realizou-se o Teste Z de Sobel que rejeitou a significância estatística do decréscimo observado ( $Z = 0.708, p > .05$ ). Desta forma, verificou-se que a satisfação sexual não exerce um papel mediador na relação entre o funcionamento sexual e a satisfação com a vida das mulheres.

### 3. Discussão

O objetivo geral do presente estudo foi examinar como é que a população idosa atual vivencia a sua sexualidade, assim como estudar as crenças sexuais apresentadas e a sua relação com o funcionamento sexual, a satisfação sexual e a satisfação com a vida. Adicionalmente, pretendeu-se investigar a capacidade do funcionamento sexual e da satisfação sexual para predizer a satisfação com a vida nesta população, testando ainda o papel mediador da primeira variável. Apesar de existir evidência empírica sobre a relação entre estes fatores, a investigação não tem incidido especificamente na população mais velha, cuja sexualidade apresenta características próprias.

À semelhança do evidenciado em estudos anteriores, o nosso estudo sugere as dificuldades de ereção como o problema sexual mais frequente nos homens (Quinta-Gomes & Nobre, 2014), e a falta de desejo sexual e dificuldades de excitação nas mulheres (Peixoto & Nobre, 2015). A taxa de prevalência de problemas sexuais na nossa amostra é elevada, sugerindo que a população mais velha está mais vulnerável a estes problemas, como tem vindo a ser suportado pela pesquisa científica (Mitchell et al, 2013; Traeen & Stigum, 2010; Christensen et al, 2011).

Relativamente à relação entre as crenças sexuais disfuncionais e os problemas sexuais, os resultados obtidos permitiram confirmar parcialmente a Hipótese 1, tendo sido encontradas diferenças significativas em algumas das crenças sexuais entre os participantes sem problemas sexuais autoreportados e aqueles que reportaram pelo menos um problema sexual. Os homens com algum problema sexual apresentaram mais crenças disfuncionais relativas às atitudes restritivas face à atividade sexual, enquanto as mulheres com algum problema sexual apresentaram mais crenças disfuncionais relacionadas com a idade e a primazia da maternidade, comparativamente com aquelas que não reportaram qualquer problema sexual. Apesar da literatura sugerir que as crenças sexuais disfuncionais desempenham um papel importante nas disfunções sexuais (Nobre et al., 2003), num estudo de Nobre e Pinto-Gouveia (2006) não foram encontradas diferenças significativas no que respeita a estas crenças, entre homens de uma amostra clínica (sexualmente disfuncionais) e de uma amostra controlo (sexualmente saudáveis). Neste mesmo estudo, os autores verificaram que as crenças relacionadas com a imagem corporal e com a idade revelaram constituir as principais crenças sexuais disfuncionais que

diferenciam as mulheres com disfunções sexuais das mulheres sexualmente saudáveis. Contrariamente aos nossos resultados, no estudo de Peixoto e Nobre (2014) foram as crenças de conservadorismo, as crenças relacionadas com a satisfação do parceiro e as crenças do sexo visto como abuso masculino que se relacionaram significativamente com os problemas sexuais. No caso das mulheres, concluíram que apenas as crenças relativas ao desejo e prazer sexuais vistos como pecado diferenciam mulheres com e sem problemas sexuais (Peixoto & Nobre, 2014). A ausência de uma relação significativa entre os problemas sexuais e algumas das crenças sexuais disfuncionais, no nosso estudo e nos estudos aqui referidos, pode dever-se ao facto de o grupo com problemas sexuais incluir indivíduos com problemas sexuais variados, e determinadas crenças se relacionarem apenas com um problema sexual específico. A apoiar esta explicação, Nobre & Pinto-Gouveia (2008) concluíram, junto de uma amostra de mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, que as crenças sexuais relacionadas com a imagem corporal estão associadas a disfunções ao nível do orgasmo, mas não com disfunções do desejo sexual ou com o vaginismo. Outra explicação para os nossos resultados não significativos pode estar na percentagem de ausência de resposta às questões relativas aos problemas sexuais (cerca de 24% dos homens e 37% das mulheres), reduzindo o tamanho da amostra obtida para testar estas relações. No geral, os resultados permitiram verificar a existência de uma relação entre a presença de problemas sexuais e algumas crenças sexuais disfuncionais. Desta forma, estas crenças parecem diferenciar, na população mais idosa, homens e mulheres sem problemas sexuais daqueles que têm pelo menos um problema sexual, corroborando o preconizado no modelo de Nobre (2006), de que as crenças sexuais disfuncionais podem funcionar como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de disfunções sexuais em homens e mulheres.

No que respeita à relação das crenças sexuais disfuncionais com o funcionamento sexual, a satisfação sexual e a satisfação com a vida, os resultados obtidos permitiram verificar que estas se associavam de forma negativa na amostra em estudo, sendo que foi no grupo das mulheres que se encontrou um maior número de associações significativas. Os resultados da amostra masculina indicaram que o total das crenças sexuais disfuncionais se relacionam de forma significativa com a satisfação sexual e com a satisfação com a vida, mas não com o funcionamento sexual. Quando analisadas as relações com cada uma das dimensões destas crenças, o funcionamento sexual masculino

mostrou-se significativamente relacionado com as crenças de conservadorismo sexual e de atitudes restritivas face ao sexo. No que respeita à satisfação sexual, foram as crenças do poder sexual feminino, da satisfação sexual feminina e do sexo como abuso masculino que se relacionaram de forma significativa com esta. Os resultados permitiram ainda verificar que a satisfação com a vida masculina se relacionou de forma significativa com todas as dimensões das crenças sexuais disfuncionais, à exceção das crenças das atitudes restritivas face ao sexo. No caso das mulheres, verificamos que o total das crenças sexuais disfuncionais se relaciona de forma estatisticamente significativa com o funcionamento sexual, com a satisfação sexual e ainda com a satisfação com a vida. Os resultados da amostra feminina indicaram ainda relações significativas de cada uma das dimensões das crenças sexuais disfuncionais com o funcionamento sexual, com a satisfação sexual e com a satisfação com a vida, à exceção das crenças relacionadas com a imagem corporal que não se revelaram relacionadas com o funcionamento sexual nem com a satisfação com a vida.

O modelo por nós testado, que inclui as crenças sexuais disfuncionais como preditores do funcionamento sexual, mostrou-se significativo para homens e mulheres, sendo de destacar que nas mulheres uma maior percentagem da variação do funcionamento sexual é explicada por estas crenças (10.3% nos homens e 22.7% nas mulheres). As atitudes restritivas face ao sexo foram o único preditor negativo e significativo do funcionamento sexual masculino, enquanto que as crenças relacionadas com o desejo e prazer sexual como pecado se revelaram o único preditor negativo e significativo do funcionamento sexual feminino. Assim, os resultados por nós obtidos indicam que a Hipótese 2 foi parcialmente confirmada. A pesquisa realizada nesta temática tem vindo a evidenciar a capacidade preditiva das crenças sexuais disfuncionais no funcionamento sexual, seja no geral como em aspetos específicos deste funcionamento (Carvalho & Nobre, 2010; Carvalho & Nobre, 2011a; Carvalho & Nobre, 2011b; Nobre, 2009; Nobre, 2010; Nobre & Pinto-Gouveia, 2008). Em particular, e a corroborar os nossos resultados, as crenças relativas com atitudes restritivas face ao sexo são sugeridas na literatura como preditores significativos da falta de desejo sexual masculino (Carvalho & Nobre, 2011a), e as crenças relacionadas com o desejo e prazer sexual como pecado surgem como preditores significativos do funcionamento sexual feminino no que respeita à resposta de lubrificação (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008).

O modelo que inclui as crenças sexuais disfuncionais como preditores da satisfação sexual mostrou-se significativo para homens e mulheres, sendo que estas crenças explicam 9.2% da variação da satisfação sexual masculina e 25.9% da variação da satisfação sexual feminina. As crenças relacionadas com a satisfação feminina foram o único preditor negativo e significativo e negativo da satisfação sexual masculina, enquanto que as crenças de conservadorismo sexual se revelaram o único preditor negativo e significativo da satisfação sexual feminina. Deste modo, a Hipótese 3 foi parcialmente confirmada. Os resultados obtidos neste estudo sugerem que a crença de que para satisfazer uma mulher são essenciais um pênis ereto e o coito vaginal podem condicionar as experiências sexuais satisfatórias nos homens mais velhos. Dada a maior vulnerabilidade a problemas sexuais nos idosos como referido anteriormente, mais especificamente a problemas de ereção, a adoção de práticas sexuais diferentes (que priorizassem as carícias, por exemplo) (Herbenick et al., 2010a; Kingsberg, 2002) é importante para estes manterem satisfação nas suas experiências sexuais. Porém, a presença destas crenças pode inibir a necessária adaptação das práticas sexuais, tendo como consequência uma menor satisfação sexual. Nas mulheres mais velhas, este condicionamento pode advir de ideias conservadoras, como por exemplo as crenças de que o papel da mulher é passivo e submisso ou de que atividades sexuais como a masturbação são perversas.

O modelo que inclui as crenças sexuais disfuncionais como preditores da satisfação com a vida mostrou-se significativo, sendo que estas crenças explicam 22.8% da variação da satisfação com a vida dos homens e 21.7% no caso das mulheres. Nos homens, apenas as crenças de conservadorismo sexual e as crenças relacionadas com o poder sexual feminino constituíram um preditor significativo da satisfação com a vida, enquanto que nas mulheres foram as crenças do desejo e prazer sexual como pecado e as crenças relacionadas com a imagem corporal que se mostraram preditores significativos. Ao contrário do que era esperado, tendo em conta a associação negativa das crenças sexuais disfuncionais com a satisfação com a vida (apesar de não significativa) demonstrada com os participantes deste estudo, as crenças sexuais relacionadas com a imagem corporal surgem no modelo feminino com um contributo positivo. A partir destes resultados, podemos verificar que se confirmou parcialmente a Hipótese 4. Assim, os resultados obtidos sugerem que as ideias conservadoras sobre o comportamento sexual,

como o considerar que apenas a posição de missionário é aceitável ou que os preliminares são desnecessários, e a crença de que um homem precisa controlar-se para não cair sob o perigoso poder sexual de uma mulher podem condicionar a satisfação com a vida de homens de faixa etária mais elevada. Por outro lado, no caso das mulheres, acreditar que o sexo é uma atividade restrita aos homens e a mulher deve controlar os seus desejos (sentir prazer e satisfação é pecado) parece ter um impacto negativo na satisfação com a vida de mulheres mais velhas, como sugerem os nossos resultados. Os resultados sugerem ainda que, nas mulheres mais velhas, quando controlados os efeitos negativos das outras dimensões das crenças sexuais disfuncionais, a crença de que a imagem corporal é o fator fulcral da sexualidade feminina e, portanto, apenas as mulheres bonitas são capazes de experimentar e dar prazer, só por si, acaba por ter um efeito positivo na satisfação com a vida em mulheres com mais de 55 anos. De realçar que as correlações de ordem zero entre as crenças sobre a imagem corporal e a satisfação com a vida é negativa (embora não significativa). Os resultados de um estudo de Tiggemann e McCourt (2013) sugerem que a imagem corporal não é um problema substancial para as mulheres mais velhas e que com o avançar da idade a mulher tende a apreciar mais o seu corpo tal como ele é. Nesta perspetiva, é compreensível que nas mulheres mais velhas as crenças sexuais relacionadas com a imagem corporal sejam um fator positivo para a sua satisfação com a vida (após controlado o efeito de outras crenças sexuais negativas).

O modelo que inclui o funcionamento sexual e a satisfação sexual como preditores da satisfação com a vida mostrou-se significativo, explicando 42.5% da variação da satisfação com a vida dos homens e 17.3% no caso das mulheres. Nos homens, apenas a satisfação sexual constituiu um preditor positivo e significativo da satisfação com a vida, enquanto que nas mulheres foi o funcionamento sexual que se mostrou preditor positivo e significativo. Vemos desta forma, a Hipótese 5 parcialmente confirmada.

Por último, verificamos ainda que o funcionamento sexual masculino se mostrou determinante da satisfação sexual com a vida, mas que este efeito é mediado pela satisfação sexual. Este resultado sugere o funcionamento sexual como fator de vulnerabilidade para a satisfação com a vida de homens mais velhos, sendo o seu efeito mediado pela satisfação sexual. Já nas mulheres, a satisfação sexual não mediou a relação entre o funcionamento sexual e a satisfação com a vida.

Uma das limitações deste estudo prende-se com a reduzida dimensão da amostra que pode ter como consequência a dificuldade em obter resultados significativos. Outra limitação, ainda associada à amostra, está relacionada com o facto de os participantes deste estudo terem sido recrutados em Universidades Seniores, não sendo representativos da população idosa portuguesa no que respeita ao nível de escolaridade, pois no geral será mais elevado na nossa amostra. Tendo em conta que a sexualidade é também influenciada por aspetos culturais, consideramos importante que estudos futuros explorem esta temática junto de uma amostra mais heterogénea no que respeita ao nível de escolaridade. A taxa de resposta reduzida em questões relacionadas com problemas sexuais foi um fator limitador, diminuindo o poder estatístico para encontrar níveis de significância estatística nalgumas relações analisadas. Um diagnóstico feito de acordo com os critérios do DSM – 5 nos participantes de estudos futuros conduzirá a uma mais adequada identificação de disfunções sexuais e a uma maior precisão na identificação dos fatores que diferenciam idosos sexualmente disfuncionais dos sexualmente saudáveis. Investigações futuras poderão ainda analisar as relações sobre as quais incide este estudo, mas controlando o efeito de variáveis relativas à saúde.

#### 4. Conclusões

O principal objetivo do presente estudo foi estudar como é que as crenças sexuais disfuncionais apresentadas pela população idosa da atualidade se relacionam com o seu funcionamento sexual, assim como com a sua satisfação sexual e a sua satisfação com a vida, tendo por base o Modelo Cognitivo-Emocional de Nobre e Pinto-Gouveia (2006).

Os resultados de estudos anteriores em diversas populações, assim como os resultados do nosso estudo na população mais velha, são concordantes no que concerne à relação negativa de certas crenças sexuais disfuncionais com o funcionamento sexual.

Apesar das limitações referidas, os resultados deste estudo oferecem um contributo para o conhecimento geral sobre a sexualidade nos mais velhos, e em particular, para a forma como as crenças sexuais disfuncionais determinam o funcionamento sexual, a satisfação sexual e a satisfação com a vida desta população. Foi também nossa pretensão, contribuir com dados para investigações futuras nesta temática e nesta população específica.

A presente investigação fornece informação relevante para a intervenção do psicólogo junto da população mais idosa, que deverá incluir a desmistificação de crenças sexuais disfuncionais e erróneas. Questões relativas a estas crenças devem fazer parte da avaliação feita pelo psicólogo, sendo que deve ser dada importância a estes fatores predisponentes a problemas sexuais tanto na avaliação como na terapia. A promoção de crenças sexuais mais positivas, baseadas na evidência e mais flexíveis pode permitir a prevenção de disfunções sexuais nos mais velhos e promover a saúde sexual junto destes. Além dos profissionais de saúde, os meios de comunicação social também têm um papel importante nesta desmistificação, dado que usualmente a imagem transmitida por estes meios sugere que o sexo é apenas para os mais jovens e bonitos, influenciando negativamente as crenças das pessoas mais velhas.



## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* – DSM-5 (5<sup>a</sup> Ed.) Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.
- Araujo, A. B., Mohr B. A., & McKinlay, J. B. (2004). Changes in sexual function in middle-aged and older men: Longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1502–1509.
- Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., Graham, C., ... Brotto, L. (2016). Ethical and Sociocultural Aspects of Sexual Function and Dysfunction in Both Sexes. *Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 591–606.
- Beutel, M. E., Schumacher, J., Weidner, W., & Brahler, E. (2002). Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men – results from a German representative community study. *Andrologia*, 34, 22-28.
- Blanker M. H., Bosch J. L., Groeneveld F. P., et al. (2001). Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: Prevalence, concern, and relation to sexual activity. *Urology*, 57, 763-768.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Predictors of women's sexual desire: The role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 928–937.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2011a). Predictors of men's sexual desire: The role of psychological, cognitive-emotional, relational, and medical factors. *Journal of Sex Research*, 48(2–3), 254–262.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2011b). Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model. *Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 754–763.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383–409.
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40(1), 121–132.
- Cooley, M. (2002). Sex over sixty. *Expression: Bulletin of the National Advisory Council on Aging*, 15, 1–8.

- Corona, G., Lee, D. M., Forti, G., O'Connor, D. B., Maggi, M., O'Neill, T. W., ... EMAS Study Group. (2010). Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: results from the European Male Ageing Study (EMAS). *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1362-1380.
- Depp, C., Vahia, I., & Jeste, D. (2010). Successful Aging: Focus on Cognitive and Emotional Health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 527-550.
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 125-141.
- DeLamater, J., & Moorman, S. M. (2007). Sexual behavior in later life. *Journal of Aging and Health*, 19(6), 921-945.
- DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of sex research*, 42(2), 138-149.
- Dennerstein L, & Lehert P. (2004). Women's sexual functioning, lifestyle, mid- age, and menopause in 12 European countries. *Menopause*, 11(6), 778-785.
- Dias, I., & Rodrigues, E. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C., Paúl & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, Lisboa-Porto, Lidel.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 91-95.
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), 835-838.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freixas, A., Luque, B., & Reina, A. (2015). Sexuality in older Spanish women: Voices and reflections. *Journal of Women & Aging*, 27, 35-58.
- Fugl-Meyer, A. R., & Sjogren Fugl-Meyer, K. (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, 3, 79-105.
- Ginsberg, T. B., Pomerantz, S. C., & Kramer-Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: Behaviours and preferences. *Age and Ageing*, 34, 475-480.

- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How Important is Sex in Later Life? The Views of Older People How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56, 1617–1628.
- Gray, P., & Garcia, J. (2012). Ageing and human sexual behaviour: Biocultural perspectives – a mini-review. *Gerontology*, 58, 446-452.
- Hayes R., & Dennerstein L. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population- based studies. *Journal of Sex Medicine*, 2, 317–330.
- Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. (2010a). Sexual behavior in the United States: Results from a national probability sample of men and women ages 14-94. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 255-265.
- Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. (2010b). Sexual behaviors, relationships, and perceived health status among adult women in the United States: Results from a national probability sample. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 277-290.
- Hillman, J. (2012). *Sexuality and Aging: Clinical Perspectives*, New York, NY: Springer.
- Hinchliff, S., Gott, M., & Ingleton, C. (2010). Sex, Menopause and Social Context. A qualitative study with heterosexual women. *Journal OfHealth Psychology*, 15(5), 724–733.
- INE. (2012). *Censos - Resultados definitivos: Portugal - 2011* (Censos No. XV Recenseamento geral da população. V Recenseamento geral da habitação) (pp 1–560). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Obtido de [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=148313382&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=148313382&att_display=n&att_download=y)
- Kingsberg, S. (2002). The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 431-437.
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research*, 46, 46-56.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17(1), 39–57.

- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J. H., Wang, T., Levinson, B. . . Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 145–161.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537–544.
- Lawrance, K., & Byers, E. (1998). Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Baureman, G. Schreer, & S. L. Davis (Eds.), *Sexuality related measures: A compendium* (2nd ed., pp. 514–519). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lindau, S. T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *British Medical Journal*, 340, 580.
- Lindau, S. T., Schumm, P., Laumann, E. O., Levinson, W., O’Muirheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762– 774.
- Lochlainn, M. N., & Kenny, R. A. (2013). Sexual activity and aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 565–572.
- Marsiglio, W., & Donnelly, D. (1991). Sexual relations in later life: A national study of married persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46(6), 338–344.
- Meston, C. M. (1997). Aging and sexuality. *Western Journal of Medicine*, 167, 285–290.
- Metz, M. E., & McCarthy, B. W. (2007). The “Good-Enough Sex” model for couple sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 351–362.
- Mitchell, K. R., Mercer, C. H., Ploubidis, G. B., Jones, K. G., Datta, J., Field, J., ... Wellings, K. (2013). Sexual function in Britain: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382,1817–1829.
- Morton, H., & Gorzalka, B. B. (2013). Cognitive aspects of sexual functioning: Differences between east Asian-Canadian and Euro-Canadian women. *Archives of Sexual Behavior*, 42(8), 1615–1625.

- Neto, F., Barros, J. & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, L. Oliveira, O. Caetano e J. Marques (Eds.). *A ação educativa: análise psico-social* (pp.105-117). Leiria: E.S.E.L/A.P.P.O.R.T.
- Nicolosi, A., Buvat, J., Glasser, D. B., Hartmann, U., Laumann, E. O., & Gingell, C. (2006). Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World journal of urology*, 24(4), 423–428.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nobre, P. J. (2009). Determinants of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 35(5), 360–377.
- Nobre, P. J. (2010). Psychological determinants of erectile dysfunction: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1429–1437.
- Nobre, P. J., & Gouveia, J. P. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 43(1), 68–75.
- Nobre, P. J., & Gouveia, J. P. (2008). Cognitions, emotions, and sexual response: Analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 37(4), 652–661.
- Nobre, P. J., Gouveia, J. P., & Gomes, F. A. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(2), 171–204.
- Pascoal, P., Narciso, I., Pereira, N. M., & Ferreira, A. S. (2013). Processo de Validação da Global Measure of Sexual Satisfaction em Três Amostras da População Portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 691–700.
- Paúl, M. (1996). *Psicologia dos Idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2014). Dysfunctional sexual beliefs: A comparative study of heterosexual men and women, gay men and lesbian women, with and without sexual problems. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 2690-2700.
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 33-44.

- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence and Sociodemographic Predictors of Sexual Problems in Portugal: A Population-Based Study with Women Aged 18 to 79 Years. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(2), 169–180.
- Quinta Gomes, A. L. & Nobre, P. J. (2012). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric properties of the Portuguese version. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 180-187.
- Quinta-Gomes, A. L., & Nobre, P. J. (2014). Prevalence of sexual problems in Portugal: Results of a population-based study using a stratified sample of men aged 18 to 70 years. *Journal of Sex Research*, 51(1), 13–21.
- Richters, J., Grulich, A. E., de Visser, R. O., Smith, A. M. A., & Rissel, C. E. (2003). Sex in Australia: Sexual difficulties in a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 164–170.
- Riddle, D. R. (Ed.). (2007). *Braining aging: Models, methods, and mechanisms*. Boca Raton, FL: CRC Press/Taylor & Francis.
- Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822–830.
- Sánchez-Fuentes, M. D. M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 67–75.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.
- Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2015). The Conditional Importance of Sex : Exploring the Association Between Sexual Well-Being and Life Satisfaction The Conditional Importance of Sex : Exploring the Association Between Sexual Well-Being and Life Satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(1), 25-38.

- Taylor, A., & Gosney, M. A. (2011). Sexuality in older age: Essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 40(5), 538–543.
- Thienhaus, O. J. (1988). Practical overview of sexual function and advancing age. *Geriatrics*, 43(8), 63-67.
- Thompson, W. K., Charo, L., Vahia, I. V., Depp, C., Allison, M., & Jeste, D. V. (2011). Association between higher levels of sexual function, activity, and satisfaction and self- rated successful aging in older postmenopausal women. *Journal of American Geriatrics Society*, 59, 1503-1508.
- Tiefer, L. (2004). *Sex is Not a Natural Act & Other Essays* (2<sup>nd</sup> ed.). Boulder, CO: Westview Press.
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10, 624–627.
- Tosato, M., Zamboni, V., Ferrini, A., & Cesari, M. (2007). The aging process and potential interventions to extent life expectancy. *Clin Inter Aging*, 2(3), 401–412.
- Træen, B., & Stigum, H. (2010). Sexual problems in 18-67-year-old Norwegians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5), 445–456.
- Waite, L. J., & Das, A. (2010). Families, social life, and wellbeing at older ages. *Demography*, 47, 87-S109.
- Willert, A., & Semans, M. (2000). Knowledge and attitudes about later life sexuality: What clinicians need to know about helping the elderly. *Contemporary Family Therapy*, 22, 415-435.
- Wincze, J. P., & Barlow, D. H. (1997). *Enhancing sexuality: A problem solving approach: Client workbook*. San Antonio, TX: Graywind.
- Zilbergeld, B. (1992). *The new male sexuality*. New York: Bantam Books.
- Zilbergeld, B. (1999). *The new male sexuality* (Rev. ed.). New York: Bantam Books.

# **ANEXOS**



## Anexo 1 – Formulário de consentimento informado



### Formulário de Consentimento Informado

O presente estudo encontra-se integrado na dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da aluna Catarina Ramos, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, estando sob a orientação do Professor Doutor Pedro Nobre. Trata-se de um projeto que obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade do Porto.

O objetivo do projeto é estudar a saúde sexual e envelhecimento, qual é o papel dos fatores psicológicos e crenças sexuais. Deste modo, para participar apenas é necessário ser maior de idade, ter iniciado a sua vida sexual. Com a sua participação, estará a contribuir para melhorar a compreensão acerca dos fatores que afetam a saúde sexual relacionados com o envelhecimento. A resposta ao questionário demora entre 20 a 30 minutos. Algumas das questões serão acerca de características individuais (e.g. idade), enquanto outras serão acerca da sua sexualidade. Caso não tenha certezas acerca da resposta mais precisa, assinale a que considerar mais aproximada da que melhor ilustra a sua opinião/experiência. De modo a conseguir obter informações válidas, é essencial que responda da forma mais sincera possível. O questionário deve ser preenchido de forma autónoma, sem qualquer interferência externa.

**Acrescentamos que o questionário é anónimo**, sendo que nenhum dado pessoal será recolhido e não será guardado o IP. Assim, apenas os investigadores terão acesso aos dados, não sabendo a quem pertencem. Além disso, informamos que não haverá nenhuma

recompensa financeira por colaborar no estudo, sendo um estudo voluntário e podendo terminar a sua participação a qualquer momento. Leia este formulário com atenção e, em caso de dúvida, envie as suas questões ou comentários através do seguinte e-mail: catarina\_ines\_94@hotmail.com. Acrescentamos que não há nenhuma forma de associar as suas respostas ao e-mail que nos será enviado.

## **Consentimento**

Foi-me prestada uma explicação integral acerca da natureza e objetivos do estudo, sendo concedida a possibilidade de esclarecer todos os aspetos que considere pertinentes. Se assim o desejar, sei que sou livre de abandonar o estudo em qualquer momento. Não serão recolhidos dados que permitam a minha identificação, permanecendo confidenciais. Concordo que estes sejam analisados pelos investigadores responsáveis pelo estudo, sob autoridade delegada do investigador principal. Além disso, não procurarei restringir o uso dos dados para os quais o estudo se dirige.

**Declaro ainda que sou maior de idade e que li o formulário de consentimento, pretendendo prosseguir e participar no presente estudo.**

Sim, li o consentimento informado e pretendo participar no estudo ☐

## Anexo 2 – Protocolo de avaliação, versão masculina

### Questionário Introdutório Geral

Idade:

#### Habilitações Literárias (nível mais alto):

Escolha uma das seguintes respostas:

1 ☐ Menos de 4 anos de escolaridade  
tecnológico profissional

2 ☐ 4ª classe

3 ☐ 6º ano

4 ☐ 9º ano

5 ☐ 12º ano ou Curso

6 ☐ Licenciatura/Bacharelato

7 ☐ Mestrado

8 ☐ Doutoramento

#### Profissão/Ocupação:

Escolha uma das seguintes respostas

1 ☐ Ativo

2 ☐ Desempregado

3 ☐ Reformado

4 ☐ Estudante

#### Situação Relacional:

Escolha uma das seguintes respostas

1 ☐ Solteiro

2 ☐ Namoro

3 ☐ Casado ou em união de facto

4 ☐ Separado ou divorciado

5 ☐ Viúvo

**Número de parceiros sexuais ao longo da vida:**

**Neste campo só é possível introduzir números.**

**Atualmente encontra-se numa relação estável, há pelo menos seis meses?**

1 ☐ Sim                      2 ☐ Não

**Com que frequência se envolve em atividade sexual com o seu parceiro (a)?**

**Escolha uma das seguintes respostas**

1 ☐ Nunca me envolvi em atividade sexual

2 ☐ Menos de 1 vez por ano

3 ☐ Menos de uma vez por mês

4 ☐ Entre 1 a 3 vezes por mês

5 ☐ Entre 1 a 2 vezes por semana

6 ☐ Entre 3 a 5 vezes por semana

7 ☐ Todos ou quase todos os dias

8 ☐ Mais do que 1 vez por dia

**Alguma vez teve experiência sexual não desejada?**

1 ☐ Sim                      2 ☐ Não

**Como definiria a sua orientação ou preferência sexual?**

**Escolha uma das seguintes respostas**

- ☐ 1 Exclusivamente Homossexual
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 Exclusivamente Heterossexual

**Alguma vez se envolveu em atividade que o pusesse em risco de contrair SIDA?**

- 1 ☐ Sim                      2 ☐ Não

**Se sim, qual?**

**Processa alguma religião?**

- 1 ☐ Sim                      2 ☐ Não

**Se sim, qual o grau de crença?**

- 1 ☐ Muito baixo
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- 5 ☐
- 6 ☐
- 7 ☐ Muito elevado

**Por favor indique se alguma vez teve problemas ou se apresenta atualmente queixas nas seguintes áreas:**

**Selecione todas as que se apliquem**

- ☐ 1 Tensão arterial elevada
- ☐ 2 Diabetes
- ☐ 3 Problemas cardíacos
- ☐ 4 Problemas ginecológicos
- ☐ 5 Endometriose
- ☐ 6 AVC ( Acidente Vascular Cerebral)
- ☐ 7 Problemas sanguíneos
- ☐ 8 Cancro
- ☐ 9 Ansiedade
- ☐ 10 Depressão
- ☐ 11 Problemas urológicos
- ☐ 12 Problemas na coluna
- ☐ 13 Dores de cabeça crónicas/enxaquecas
- ☐ 14 IST (Infeção Sexualmente Transmissível)
- ☐ 15 Dor Crónica
- ☐ 16 Abuso de drogas
- ☐ 17 Abuso de álcool
- ☐ 18 Outra. Por favor, especifique

**Por favor indique se toma ou tomou algum dos seguintes medicamentos nos últimos 6 meses:**

**Selecione todas as que se apliquem**

- ☐ 1 Anti-hipertensores
- ☐ 2 Anti-depressivos
- ☐ 3 Anti-psicóticos

☐ 4 Hormonas/ contraceção hormonal

☐ 5 Outra. Por favor, especifique

**Como avalia a sua saúde física em geral?**

1 ☐ Muito má

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐ Muito boa

**Como avalia a sua saúde mental em geral?**

1 ☐ Muito má

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐ Muito boa

**Número de filhos:**

Neste campo só é possível introduzir números.

**Questões exclusivas da versão masculina:**

**1. Nos últimos seis meses, experienciou algum atraso significativo na ejaculação ou incapacidade em ejacular durante a atividade sexual, causando-lhe um mal-estar significativo?**

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

**2. Nos últimos seis meses, experienciou ausência ou redução marcada de interesse na atividade sexual causando-lhe um mal –estar significativo?**

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

**3. Nos últimos seis meses, sentiu dor genital durante a atividade sexual, causando-lhe um mal-estar significativo?**

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

**4. Nos últimos seis meses, experienciou alguma dificuldade em atingir ou manter uma ereção durante a atividade sexual, causando-lhe um mal-estar significativo?**

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

**5. Nos últimos seis meses, ejaculou frequentemente logo após a penetração? (menos de 1 minuto) e antes de o desejar, causando-lhe um mal-estar significativo?**

1 ☐ Sim

2 ☐ Não



## ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉCTIL

(IIEF; Rosen et al., 1997, traduzido e adaptado por Pedro Nobre, 2001)

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as **últimas quatro semanas**

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma erecção durante a sua actividade sexual ?

- ☐ 0-Não tive actividade sexual
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

2. Quando teve erecções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas erecções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira ?

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua erecção depois de ter penetrado a sua companheira ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua erecção até ao fim da relação sexual ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

6. Quantas vezes tentou ter relações sexuais ?

- ☐ 0-Não tentei
- ☐ 1-Uma a duas tentativas
- ☐ 2-Três a quatro tentativas
- ☐ 3-Cinco a seis tentativas
- ☐ 4-Sete a dez tentativas
- ☐ 5-Onze ou mais tentativas

7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

9. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência ejaculou ?

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

10. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax ?

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

11. Com que frequência sentiu desejo sexual ?

- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes
- ☐ 3-Algumas vezes
- ☐ 4-A maior parte das vezes
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

12. Como classifica o seu desejo sexual ?

- ☐ 1-Muito baixo/nenhum

- ☐ 2-Baixo
- ☐ 3-Moderado
- ☐ 4-Elevado
- ☐ 5-Muito elevado

13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral ?

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira ?

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma erecção ?

- ☐ 1-Muito baixa
- ☐ 2-Baixa
- ☐ 3-Moderada
- ☐ 4-Elevada
- ☐ 5-Muito elevada

16. Quando teve erecções com estimulação sexual qual o grau de dificuldade que teve para atingir o orgasmo ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

17. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo durante a actividade sexual ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

18. Durante as relações sexuais, com que frequência ejaculou sem o desejar, antes ou logo após a penetração?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)

- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

19. Durante as relações sexuais qual a dificuldade que teve para controlar a sua ejaculação ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

20. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para controlar a ejaculação durante a actividade sexual?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

## GMSEX (Avaliação da Satisfação Sexual)

### SATISFAÇÃO SEXUAL

Na globalidade, como descreveria a sua relação sexual com o/a seu/sua companheiro/a? Para cada par de palavras abaixo assinale o número que melhor descreve a vossa relação sexual como um todo.								
Muito boa	1	2	3	4	5	6	7	Muito má
Muito agradável	1	2	3	4	5	6	7	Muito desagradável
Muito positiva	1	2	3	4	5	6	7	Muito negativa
Muito satisfatória	1	2	3	4	5	6	7	Muito insatisfatória
Muito importante	1	2	3	4	5	6	7	Irrelevante

## SWLS ( Avaliação da Satisfação com a vida)

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SEXUAIS DISFUNCIONAIS

(QCSD - versão masculina; Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2002)

No quadro abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade. Estas afirmações podem estar de acordo com as suas opiniões em relação ao sexo ou pelo contrário podem ser diferentes daquilo que pensa. O que se pede é que coloque à frente de cada afirmação o seu grau de concordância relativamente a esta. Considerando que não existem respostas correctas nem erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.

**Exemplo:** Conforme a concordância com a afirmação abaixo indicada assim marco o número correspondente

A felicidade depende da vida sexual	Se discordo completamente marco	1	2	3	4	5
	Se discordo marco	1	2	3	4	5
	Se não concordo nem discordo marco	1	2	3	4	5
	Se concordo marco	1	2	3	4	5
	Se concordo completamente marco	1	2	3	4	5

CRENÇAS					
	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não conc. nem disc.	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. "Um verdadeiro homem" tem relações sexuais com grande frequência	1	2	3	4	5
2. O orgasmo só é possível através do coito (penetração) vaginal	1	2	3	4	5
3. A erecção do pénis é essencial para a satisfação sexual da mulher	1	2	3	4	5
4. A homossexualidade é uma doença	1	2	3	4	5
5. A mulher não tem outra hipótese senão subjugar-se sexualmente ao poder do homem	1	2	3	4	5
6. "Um verdadeiro homem" deve conseguir aguentar o tempo necessário para satisfazer a mulher	1	2	3	4	5
7. A mulher pode duvidar da virilidade do homem quando este não consegue a erecção durante o acto sexual	1	2	3	4	5
8. A prática frequente de sexo oral ou anal pode causar graves problemas de saúde	1	2	3	4	5
9. A rapidez sexual do homem é um sinal da sua potência	1	2	3	4	5
10. O sexo é um abuso de poder por parte dos homens	1	2	3	4	5

11. As consequências de uma falha no desempenho sexual são catastróficas	1	2	3	4	5
12. As mulheres só ligam a homens jovens e bonitos	1	2	3	4	5
13. É errado ter fantasias eróticas durante uma relação sexual	1	2	3	4	5
14. Existem certas regras universais acerca do que é normal durante uma relação sexual	1	2	3	4	5
15. Na cama quem manda é a mulher	1	2	3	4	5
16. Um homem que não é capaz de penetrar uma mulher não a satisfaz sexualmente	1	2	3	4	5
17. No sexo o que conta é conseguir chegar ao fim	1	2	3	4	5
18. Numa relação tudo o que vai para além do coito (penetração) vaginal é inaceitável	1	2	3	4	5
19. O corpo da mulher é a sua maior arma	1	2	3	4	5
20. A mulher pode deixar de amar um homem pelo facto deste não ser capaz de a satisfazer sexualmente	1	2	3	4	5
21. O coito (penetração) vaginal é a única forma legítima de ter relações sexuais	1	2	3	4	5
22. O que mais satisfaz sexualmente as mulheres é a potência do pénis	1	2	3	4	5
23. O sucesso de uma carreira profissional implica o controlo do desejo sexual	1	2	3	4	5
24. Os preliminares sexuais são uma perda de tempo	1	2	3	4	5
25. O sexo só é legítimo como forma de procriação (para ter filhos)	1	2	3	4	5
26. No sexo, quanto mais rápido melhor	1	2	3	4	5
27. Quem não controla os seus desejos sexuais é abusado pelos outros	1	2	3	4	5
28. "Um verdadeiro homem" está sempre pronto e deve ser capaz de satisfazer qualquer mulher	1	2	3	4	5
29. Se o homem se deixar ir sexualmente fica totalmente nas mãos da parceira	1	2	3	4	5
30. Sexo anal é uma actividade doentia	1	2	3	4	5
31. Os homens devem ser capazes de manter o pénis erecto e rijo até ao final de uma relação sexual	1	2	3	4	5
32. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
33. Ter relações sexuais antes do casamento é um pecado	1	2	3	4	5
34. O sexo é uma violentação do corpo da mulher	1	2	3	4	5
35. Um homem que não satisfaça sexualmente a mulher é um fracassado	1	2	3	4	5
36. Um verdadeiro homem deve ser capaz de penetrar a parceira sempre que necessário	1	2	3	4	5
37. O sexo pode ser bom mesmo sem orgasmo	1	2	3	4	5
38. Um verdadeiro homem não necessita de muita estimulação para atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
39. Uma mulher no seu auge sexual faz dos homens tudo o que quer	1	2	3	4	5

40. Quanto maior a proximidade sexual maior a probabilidade de sofrimento emocional	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---



## Questionário Introdutório Geral

Idade:

### Habilitações Literárias (nível mais alto):

Escolha uma das seguintes respostas:

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Menos de 4 anos de escolaridade | 5 <input type="checkbox"/> 12º ano ou Curso tecnológico profissional |
| 2 <input type="checkbox"/> 4ª classe                       | 6 <input type="checkbox"/> Licenciatura/Bacharelato                  |
| 3 <input type="checkbox"/> 6º ano                          | 7 <input type="checkbox"/> Mestrado                                  |
| 4 <input type="checkbox"/> 9º ano                          | 8 <input type="checkbox"/> Doutoramento                              |

### Profissão/Ocupação:

Escolha uma das seguintes respostas

- 1 ☐ Ativo
- 2 ☐ Desempregado
- 3 ☐ Reformado
- 4 ☐ Estudante

### Situação Relacional:

Escolha uma das seguintes respostas

- 1 ☐ Solteiro
- 2 ☐ Namoro
- 3 ☐ Casado ou em união de facto
- 4 ☐ Separado ou divorciado
- 5 ☐ Viúvo

**Número de parceiros sexuais ao longo da vida:**

**Neste campo só é possível introduzir números.**

**Atualmente encontra-se numa relação estável, há pelo menos seis meses?**

1 ☐ Sim      2 ☐ Não

**Com que frequência se envolve em atividade sexual com o seu parceiro (a)?**

**Escolha uma das seguintes respostas**

- 1 ☐ Nunca me envolvi em atividade sexual
- 2 ☐ Menos de 1 vez por ano
- 3 ☐ Menos de uma vez por mês
- 4 ☐ Entre 1 a 3 vezes por mês
- 5 ☐ Entre 1 a 2 vezes por semana
- 6 ☐ Entre 3 a 5 vezes por semana
- 7 ☐ Todos ou quase todos os dias
- 8 ☐ Mais do que 1 vez por dia

**Alguma vez teve experiência sexual não desejada?**

1 ☐ Sim      2 ☐ Não

**Como definiria a sua orientação ou preferência sexual?**

**Escolha uma das seguintes respostas**

- ☐ 1 Exclusivamente Homossexual
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 Exclusivamente Heterossexual

**Alguma vez se envolveu em atividade que o pusesse em risco de contrair SIDA?**

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

**Se sim, qual?**

**Processa alguma religião?**

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

**Se sim, qual o grau de crença?**

1 ☐ Muito baixo

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐ Muito elevado

**Por favor indique se alguma vez teve problemas ou se apresenta atualmente queixas nas seguintes áreas:**

**Selecione todas as que se apliquem**

☐ 1 Tensão arterial elevada

☐ 2 Diabetes

☐ 3 Problemas cardíacos

☐ 4 Problemas ginecológicos

☐ 5 Endometriose

☐ 6 AVC ( Acidente Vascular Cerebral)

☐ 7 Problemas sanguíneos

☐ 8 Cancro

☐ 9 Ansiedade

☐ 10 Depressão

☐ 11 Problemas urológicos

☐ 12 Problemas na coluna

☐ 13 Dores de cabeça crónicas/enxaquecas

- ☐ 14 IST (Infecção Sexualmente Transmissível)
- ☐ 15 Dor Crónica
- ☐ 16 Abuso de drogas
- ☐ 17 Abuso de álcool
- ☐ 18 Outra. Por favor, especifique

**Por favor indique se toma ou tomou algum dos seguintes medicamentos nos últimos 6 meses:**

**Selecione todas as que se apliquem**

- ☐ 1 Anti-hipertensores
- ☐ 2 Anti-depressivos
- ☐ 3 Anti-psicóticos
- ☐ 4 Hormonas/ contraceção hormonal
- ☐ 5 Outra. Por favor, especifique

**Como avalia a sua saúde física em geral?**

- 1 ☐ Muito má
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- 5 ☐
- 6 ☐
- 7 ☐ Muito boa

**Como avalia a sua saúde mental em geral?**

- 1 ☐ Muito má
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- 5 ☐
- 6 ☐
- 7 ☐ Muito boa

**Número de filhos:**

Neste campo só é possível introduzir números.

### **Questões exclusivas da versão feminina:**

**Nos últimos seis meses, experienciou alguma dificuldade em atingir orgasmo, causando-lhe um mal estar significativo?**

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

**Nos últimos seis meses, experienciou ausência ou redução marcada de interesse na atividade sexual OU ausência ou redução marcada de excitação ou prazer durante a atividade sexual, causando-lhe um mal estar significativo?**

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

**Nos últimos seis meses, sentiu dor vulvo vaginal pélvica OU dificuldade a penetração vaginal, causando-lhe um mal estar significativo?**

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

**ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO (FSFI; Rosen et al., 2000; traduzido e adaptado por Pedro Nobre, 2001)**

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as **últimas quatro semanas**

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Quase sempre/sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

2. Como classifica o seu nível de desejo ou interesse sexual?

- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo/nenhum

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante qualquer actividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre/sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

4. Como classifica o seu nível (grau) de excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo/nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir excitar-se durante qualquer actividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Confiança muito elevada
- ☐ Confiança elevada
- ☐ Confiança moderada
- ☐ Confiança baixa
- ☐ Confiança muito baixa/nenhuma

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre/sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre/sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação até ao fim da actividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre/sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim de qualquer actividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

11. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre/sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

12. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante qualquer actividade sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relações sexuais
- ☐ Quase sempre/sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relações sexuais
- ☐ Quase sempre/sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

19. Como classifica o seu nível de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relações sexuais
- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo/nenhum

20. Com que frequência a contracção dos músculos da sua vagina dificultou ou impediu a penetração do pénis durante qualquer relação sexual?

- ☐ Não tentei ter relações sexuais
- ☐ Quase sempre/sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

## GMSEX (Avaliação da Satisfação Sexual)

### SATISFAÇÃO SEXUAL

Na globalidade, como descreveria a sua relação sexual com o/a seu/sua companheiro/a? Para cada par de palavras abaixo assinale o número que melhor descreve a vossa relação sexual como um todo.

Muito boa	1	2	3	4	5	6	7	Muito má
Muito agradável	1	2	3	4	5	6	7	Muito desagradável
Muito positiva	1	2	3	4	5	6	7	Muito negativa
Muito satisfatória	1	2	3	4	5	6	7	Muito insatisfatória
Muito importante	1	2	3	4	5	6	7	Irrelevante

## SWLS (Avaliação da Satisfação com a vida)

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SEXUAIS DISFUNCIONAIS

(QCSD - versão feminina; Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2002)

No quadro abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade. Estas afirmações podem estar de acordo com as suas opiniões em relação ao sexo ou pelo contrário podem ser diferentes daquilo que pensa. O que se pede é que coloque à frente de cada afirmação o seu grau de concordância relativamente a esta. Considerando que não existem respostas correctas nem erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.

**Exemplo:** Conforme a concordância com a afirmação abaixo indicada assim marco o número correspondente

A felicidade depende da vida sexual	Se discordo completamente marco	1	2	3	4	5
	Se discordo marco	1	2	3	4	5
	Se não concordo nem discordo marco	1	2	3	4	5
	Se concordo marco	1	2	3	4	5
	Se concordo completamente marco	1	2	3	4	5

CRENÇAS					
	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não conc. nem disc.	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. A atenção e o carinho do parceiro são essenciais para uma boa relação sexual	1	2	3	4	5
2. A masturbação é um acto errado e pecaminoso	1	2	3	4	5
3. O mais importante no sexo é o afecto entre os parceiros	1	2	3	4	5
4. A melhor prenda que a mulher pode levar para o casamento é a virgindade	1	2	3	4	5
5. Após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual	1	2	3	4	5
6. As fantasias sexuais são próprias de mulheres perversas	1	2	3	4	5
7. A masturbação não é própria de uma mulher respeitada	1	2	3	4	5
8. Depois da menopausa as mulheres não conseguem atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
9. Existem várias formas de ter prazer e atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
10. Mulheres fisicamente pouco atraentes não conseguem ser sexualmente felizes	1	2	3	4	5
11. Na cama quem manda é o homem	1	2	3	4	5
12. Uma boa mãe não pode ser uma mulher sexualmente activa	1	2	3	4	5
13. O clímax / orgasmo é próprio dos homens e não das mulheres	1	2	3	4	5
14. O homem é que deve iniciar qualquer actividade sexual	1	2	3	4	5

15. O sexo é sujo e pecaminoso	1	2	3	4	5
16. O orgasmo simultâneo (ao mesmo tempo) dos parceiros é essencial para o bom desempenho sexual	1	2	3	4	5
17. O orgasmo só é possível através do coito vaginal	1	2	3	4	5
18. O sexo serve só para satisfazer os homens	1	2	3	4	5
19. O sucesso de uma carreira profissional implica o controlo do desejo sexual	1	2	3	4	5
20. Com a idade a mulher perde o prazer pelo sexo	1	2	3	4	5
21. Os homens só ligam a mulheres jovens e bonitas	1	2	3	4	5
22. O sexo é uma actividade pura e bonita	1	2	3	4	5
23. Sexo sem amor é como comida sem sal	1	2	3	4	5
24. No sexo tudo é permitido desde de que os parceiros estejam de acordo	1	2	3	4	5
25. Qualquer mulher que inicie uma relação sexual é imoral	1	2	3	4	5
26. O sexo só é legítimo como forma de procriação (para ter filhos)	1	2	3	4	5
27. Relações sexuais durante o período menstrual podem causar problemas	1	2	3	4	5
28. Sexo oral é uma das maiores perversões	1	2	3	4	5
29. Se a mulher se deixar ir sexualmente fica totalmente nas mãos do parceiro	1	2	3	4	5
30. Ser sorridente e simpática para os homens pode ser perigoso	1	2	3	4	5
31. O mais importante para as mulheres são os prazeres da maternidade	1	2	3	4	5
32. Sexo anal é uma actividade doentia	1	2	3	4	5
33. Na cama quem manda é a mulher	1	2	3	4	5
34. Sexo só deve acontecer por decisão do homem	1	2	3	4	5
35. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
36. Ter prazer durante uma relação sexual não é correcto numa mulher de bem	1	2	3	4	5
37. Uma boa mãe deve controlar os seus impulsos sexuais	1	2	3	4	5
38. Uma mulher feia não consegue satisfazer sexualmente o companheiro	1	2	3	4	5
39. Uma mulher que só sinta prazer através da estimulação do clitóris é doente ou perversa	1	2	3	4	5
40. Uma rapariga pura não tem relações sexuais	1	2	3	4	5